

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Problematika péče o seniora s demencí

Issues regarding care of elderly

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. Jana Poláčková

Autor:

Jana Pufrová, DiS.

2017

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala vedoucí bakalářské práce paní Mgr. Janě Poláčková za cenné rady, veškerou pomoc, trpělivost, odborné rady a připomínky při zpracování této bakalářské práce. Dále bych poděkovala centru Seňorina za poskytnutí informací a trpělivost klientů při zpracování praktické části.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce s názvem Problematika péče o seniora s demencí jsem napsala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů a moje práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Jana Pufrová

V Praze dne.....

.....

Anotace

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. V teoretické části se zaměřuji na problematiku demence a vše s ní spojené. Nahlédneme do problematiky demence, která se v současnosti začíná dostávat do popředí zájmu veřejnosti. Nejvíce se věnuji péči o seniora s demencí. V dnešní době je spousta možností sociálních služeb, jako jsou denní stacionáře a různá centra, která pomáhají seniorům a rodinám.

Praktická část je zaměřena na seniory v domácím nebo ústavním prostředí, kde porovnávám výhody a nevýhody péče pomocí kazuistik a rozhovorů.

Annotation

This bachelor thesis is divided into two parts. In the theoretical part I focus on the issue of dementia and everything related to it. Looking into the issue of dementia, which is getting more attention from the public, the most I focus on is caring for a senior with dementia. Nowadays there are many options of social services for example day care and various centres that help seniors and families.

The practical part deals with seniors in domestic or institutional environment. Also in this part I try to compare advantages and disadvantages of care using case interpretation and conversations.

Klíčová slova

Alzheimerova choroba, demence, problematika péče, denní stacionář, aktivity pro seniory.

Keywords

Alzheimer's disease, dementia, Issues of care, Day Care Center, Activities for seniors.

Obsah

Úvod.....	1
TEORETICKÁ ČÁST	2
1. Co je to demence.....	2
1.1 Charakteristika demence	2
1.2 Příznaky demence.....	2
1.3 Nejčastější typy demence	4
1.4 Diagnóza a vyšetřovací metody.....	7
2. Komunikace s člověkem s demencí.....	8
2.1 Správná komunikace s člověkem s demencí	9
3. Péče o člověka s demencí	10
3.1 Služby sociální péče	11
3.2 Principy poskytování sociálních služeb.....	12
4. Formy sociální pomoci	12
4.1 Česká Alzheimerovská společnost (ČAS).....	12
4.2 Život 90	14
4.3 Centrum Seňorina (denní stacionář a odlehčovací služba).....	15
5. Aktivita pro seniory s demencí.....	17
5.1 Příklady aktivizačních a terapeutických postupů	18
6. Role sociálního pracovníka v péči o seniory	20
6.1 Kvalifikační požadavky sociálního pracovníka.....	21
6.2 Obecný popis práce sociálního pracovníka	22
PRAKTICKÁ ČÁST	23
7. Rozhovor s klientem	23
7.1 Otázky k rozhovoru	24
7.2 Hypotézy.....	25
8. Kazuistiky klientů v pobytové službě v centru Seňorina.....	25
8.1 Kazuistika paní Aleny	25
8.2 Kazuistika pana Miloše	26
8.3 Kazuistika pana Jaroslava.....	28
8.4 Kazuistika paní Kateřiny	29
8.5 Kazuistika paní Marie.....	30
9. Kazuistiky klientů v domácím prostředí	31
9.1 Kazuistika paní Boženy	31
9.2 Kazuistika pana Oty	32
9.3 Kazuistika paní Libuše	34

9.4 Kazuistika pana Františka.....	35
9.5 Kazuistika paní Anny	36
9. 6 Vyhodnocení hypotéz.....	38
10. Rozhovory s personálem centra Seňorina.....	39
10.1 Rozhovor s pečovatelkou Milenou.....	39
10.2 Rozhovor s pečovatelkou Irenou	41
10.3 Rozhovor se sociální pracovnící Bc. Veronikou Matysovou.	43
10. Závěr	45
11. Seznam použité literatury	46

Úvod

Téma mé bakalářské práce je problematika péče o seniora s demencí. Toto téma jsem si vybrala právě proto, že sama pracuji jako pečovatelka ve stacionáři, který se zaměřuje na seniory s Alzheimerovou chorobou a jinými druhy demence. Právě proto je mi tato problematika tak blízká. Celosvětové průzkumy ukazují, že populace stárne a to s sebou přináší mnohé změny, které v tomto období přicházejí, jako například odchod do důchodu, smrt partnera a zdravotní problémy. Právě má bakalářská práce se zaměřuje na jeden z nejvíce řešených zdravotních problémů u seniorů a to onemocnění demencí. V minulosti nebyla problematika demence příliš diskutovaným tématem. Lidé všechny příznaky připisovali stáří a často se nepřipouštěla možnost, že jde vlastně o onemocnění.

V Teoretické části jsem se snažila popsat demenci, její druhy, diagnostiku a také komunikaci s člověkem s demencí. V souvislosti s tím, že demence začala být vnímána jako nemoc, začaly vznikat různé sociální služby a organizace, které pomáhají seniorům a také rodinám a pečujícím. Pečující díky tomu mohou chodit do práce a odpočinout si od náročné péče o seniora s demencí. Snažila jsem se popsat tuto problematiku od domácí péče až po stacionáře a jiné organizace, které jsou k dispozici. Má bakalářská práce by mohla poradit pečujícím, jak komunikovat s nemocným, jak reagovat na různé situace, jak trénovat paměť a využít volný čas a vybrat vhodné aktivity. Důležité je, aby člověk, který trpí demencí neztrácel pocit, že je užitečný a potřebný.

V praktické části jsem se zaměřila na seniory s demencí jak ve stacionáři, tak v domácí péči a snažím se porovnat, kde se senior cítí lépe, je-li zvolená vhodná péče, jak komunikují blízcí a pečující s nemocným atd. Pomocí kazuistik a rozhovorů jsem se snažila přiblížit se více problémům, které přináší péče o dementního člověka.

Sama ze své vlastní zkušenosti vím, že péče o seniora s demencí je náročná nejen fyzicky, ale také psychicky a proto je velice důležité, aby si pečující měl možnost odpočinout a získat nové zkušenosti a rady. Někdy i bohužel pečující musí odejít z práce, aby péči o nemocného zvládal a proto jsou vhodné denní stacionáře a centra.

Cílem mé bakalářské práce je zmapovat problematiku péče o seniora s demencí, pomoc pečujícím při každodenní péči o nemocné a vytáhnout to nejdůležitější a to je, že každý člověk je individuální a má své potřeby, které musíme respektovat. Je důležité si uvědomit, že jednou nás toto životní období potká a my, i naši blízcí, se s ním budeme muset vyrovnat.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Co je to demence

1.1 Charakteristika demence

„Demence je popisný pojem odvozený od latinského kořene de mens, který značí pokles úrovně duševní činnosti. Tento pojem se vyvíjí asi sto padesát let. Již ve třicátých letech minulého století byl zřejmý vztah demence ke stáří. Možnost výskytu demence ve střední dospělosti byla rozlišena ve stejné době“ (Mühlpachr, 2004, s. 40).

Demence je časté onemocnění především vyššího věku. V první fázi postihuje nejčastěji takzvané “kognitivní funkce”: Paměť, pozornost, intelekt a motivaci. Především prvním příznakem demence bývá porucha paměti, poté se přidávají poruchy dalších funkcí jako například emotivita- poruchy nálad a afekty, dále depresivní stavy a někdy dojde k poruchám vnímání - halucinace a iluze. Někdy se mohou objevit závažné poruchy myšlení – bludy.

V průběhu onemocnění dochází k těžké degradaci osobnosti jedince. S tím také souvisí postupné snižování až zánik schopností postarat se o sebe samotného, ztrácí se denní návyky a neschopnost provádět úkony, na které byl jedinec zvyklý. (Mühlpachr, 2004).

Demence vzniká onemocněním mozku samotného, je to onemocnění mozkové tkáně. Často se jedná o stav nezvratný. Toto onemocnění je důsledkem choroby, ne samotného stárnutí. I když se často objevuje u lidí staršího věku, není demence součástí normálního stárnutí. (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2003).

1.2 Příznaky demence

Demence často postihuje tři základní funkce osobnosti člověka. Jsou to tři základní okruhy poruch.

- 1) porucha kognitivních funkcí (např. porucha paměti a zpracování nových informací)
- 2) behaviorální a psychologické příznaky demence (poruchy chování, spánku)
- 3) poruchy aktivit denního života (ztráta schopností provádět běžné denní činnosti, například vykonávat osobní hygienu a oblékání). (Kalvach, Z. A kol. 2004)

Většina demencí začíná poruchou paměti, ale existují i výjimky. Podle Buijssena existují dva zákony demence. Prvním je „narušené ukládání do paměti“. Tato fáze má své důsledky jako například dezorientace v čase a prostoru, opakování stejných příběhů a otázek, neschopnost pochopit něco nového a ztráta věcí. Často se projevuje u lidí ztráta iniciativy, popírání, zapomnětlivost, agresivita, deprese, fyzický neklid a podezřivost.

Druhým zákonem je: “ Postupná destrukce dlouhodobé paměti“, což znamená ztrátu mechanických dovedností jako například vaření kávy, řízení auta. Postupná ztráta paměti, zhoršení schopnosti mluvit, dezorientace, člověk nepoznává svoji rodinu a přátele, narušení slovní zásoby, změna osobnosti atd. (Buijssen, H. 2006)

Často behaviorální příznaky jsou ty nejobtížnější, jak pro nemocného, tak pro jeho okolí. Tyto příznaky se mohou objevovat v začátku demence, ale většinou se objeví ve střední fázi a následně vyvrcholí v těžkých stádiích. Tyto příznaky mají různý charakter jako neklid, zejména u Alzheimerovy choroby, útoky z domova, vykřikování, nadávky, napadání členů rodiny, agresivita atd. Při těchto stádiích se mohou objevit i psychotické příznaky jako jsou bludy, deliria, halucinace, poruchy spánku, poruchy emocí. Je však velmi důležité si uvědomit, že člověk trpící těmito příznaky, je si vědom svého úpadku a velmi ho to trápí. Každý jedinec reaguje jinak a individuálně, někdo pláče a upadne do depresí a někdo na tyto stádia reaguje vztekem a agresivitou. (Jiráček, R. a kol. 2009)

Faktory, které vedou k poruchám chování u demence

Fyzikální faktory	Degenerace mozku, tělesná onemocnění, bolest, diskomfort - (chlad, horko, nepohodlí), funkční postižení, léky.
Psychologické faktory	Osobnost, strach, úzkost, deprese, bezmocnost, únava, nuda.
Kognitivní poruchy	Nepochopení situace, neschopnost vyjádřit potřebu, neschopnost rozhodnout či naplánovat činnost, zmatenost.

Vlivy okolí	Nevhodné prostředí, nevhodné zacházení, nadbytek nebo nedostatek zevních podnětů, nervozita pečujícího.
--------------------	---

Zdroj: Jirák a kol. 2009

U základních denních aktivit záleží na stupni demence. V počátku se zdají být složité úkony, například v práci, postupně se však rozšiřují tzv. Instrumentální aktivity denního života například manipulace s penězi, zapamatování si úkolů atd. V pokročilé fázi jsou problémem i běžné denní aktivity, jako např. schopnost oblékat se a svlékat, osobní hygiena, schopnost se najíst. U nejtěžší fáze se objevuje inkontinence, neudržení stolice a člověk je odkázán na péči druhé osoby. (Jirák, R. a kol. 2009)

1.3 Nejčastější typy demence

1) Alzheimerova choroba

Nejčastější forma demence je pojmenována po německém neurologovi a psychiatrovi Aloisi Alzheimerovi, který jí v roce 1906 popsal jako Alzheimerovu chorobu (dále jen ACH). (JIRÁK, 2009)

Alois Alzheimer popisoval ACH v roce 1906 na konferenci v Tübingenu, kde byl poprvé na veřejnosti představen případ pacientky Augusty D. (Pidrman, 2007)

První rozhovor, který vedl Alois Alzheimer s Augustou D, „první“ pacientkou s Alzheimerovou nemocí, začal takto:

„Jak se jmenujete?“

„Augusta.“

„Vaše příjmení?“

„Myslím, že Augusta.“

„Jste vdaná?“

„S Augustou.“ (Buijssen, 2006)

Průběh ACH je lineálně progresivní a jde tedy o postupné zhoršení stavu. Tento stav probíhá bez výkyvů a může dojít k jejímu zastavení nebo zpomalení průběhu nemoci. V současné době nelze bohužel ACH vyléčit. (Jirák, 2009)

Jde o 50% pacientů s formou Alzheimerovy demence, toto onemocnění se projevuje také v kombinaci s jinými příčinami. V tomto případě jde o smíšenou formu demence a to tzv.

(alzheimerovsko – vaskulární, zde se na vývoji demence s ACH, projevují i cévní změny na mozku. „*Alzheimerova choroba je závažné neurodegenerativní onemocnění, vedoucí k úbytku některých populací neuronů (nervových buněk) a v důsledku toho k mozkové atrofii (úbytku tkáně).*“ (JIRÁK, 2009, s. 33)

2) Vaskulární demence

Tento typ demence je určen třemi příznaky

- pacient je dementní,
- musí být prokázáno cerebrovaskulární onemocnění, a to anamnézou, klinickým
- vyšetřením nebo zobrazovacími metodami,
- předchozí dvě poruchy vzájemně souvisí a jsou na sobě závislé.

U vaskulární demence se vyskytují kognitivní poruchy mozku v důsledku poškození mozku různým typem cévní patologie. Tento typ demence se projeví, když je rozsah poškození CNS vyšší, než jaké jsou kompenzační možnosti mozku. K poškození CNS dochází nejčastěji při různých onemocnění kardiovaskulárního systému jako například je hypertenze či cévní mozková příhoda. Vaskulární demence je druhou nejčastější příčinou demence. (Pidrman, 2007)

3) Demence u Parkinsonovy choroby

„*Parkinsonova nemoc je neurogenerativní onemocnění postihující především mozkový kmen, jeho dopaminergní buňky.*“ (Konrád, 2009, str. 40) Pokud je onemocnění zjištěno ve vyšším věku, často jsou také porušeny další oblasti mozku. Tuto nemoc podle statistik postihuje kolem 0,2% populace. Její příznaky a vznik postihují jedince kolem 58-60 let. Jeden z prvních příznaků jsou poruchy hybnosti - Motorické příznaky (třes, svalová ztuhlost, snížení hybnosti, porucha rovnováhy a chůze až neschopnost se hýbat). Jen lehce se projevují i poruchy kognitivních funkcí. Demence se projevuje u 20 až 30 % pacientů. Tato nemoc se často projevuje u pacientů starších 50 let. S tímto onemocněním jsou popisovány i klinické příznaky. Jde často o deprese, úzkosti, poruchy spánku, závratě, zácpa, ztráta čichu a mimiky). Nejčastěji převažuje porucha paměti, zhoršená schopnost pozornosti a soustředění., *Myšlení a psychomotorické tempo jsou zpomalené, nemocní jsou apatičtí.*“ (Konrád, 2009, str. 40)

4) Demence s Lewyho tělísky (DLB)

Tento typ onemocnění je neurogenerativní onemocnění, které je na rozmezí mezi Alzheimerovou a Parkinsonovou chorobou. Demence s Lewyho tělísky je pojmenována po německém internistovi a neurologovi Fridrichovi Heinrichu Lewym.

„Demence s Lewyho tělísky byla popsána až v 60. letech dvacátého století a byla tehdy považována za vzácnou.“ (Konrád, 2009, str. 34)

Tato nemoc se projevuje v pozdním věku 75-85 let. Dle pitevních studií se jedná o 10 až 20 % ze všech demencí. Demence s Lewyho tělísky byla diagnostikována jen u 4% všech 18 osob trpící demencí. Vznik této nemoci je způsoben degenerací mozkových buněk díky patologické změně bílkoviny alfa-synukleinů. Následek je vytvoření kulovitých Lewyho tělísek, která se vytvářejí uvnitř mozkových buněk.

Nejčastějšími příznaky této nemoci jsou především scénické zrakové halucinace. Jedná se o halucinace lidských postav a zvířat, to má vliv na soustředění u jedince a také na kvalitu vědomí. Mohou se vyskytnout i halucinace sluchové, které jsou často doprovázeny depresemi a bludy. Léčba této nemoci je podobná jako u ACH. Využívají se různé aktivizace jako trénink paměti, vzpomínková terapie a také úprava denního režimu a prostředí. (Konrád, 2009)

Počet lidí s demencí v ČR	
Čechy	89.000
Morava	54.000
Praha	18.979
Brno	6227
Ostrava	4439
Plzeň	2795
Středočeský kraj	16.218
Jihočeský kraj	8640
Plzeňský kraj	7821
Karlovarský kraj	3655
Ústecký kraj	9757
Liberecký kraj	5697
Královéhradecký kraj	8097
Pardubický kraj	7215
Kraj Vysočina	7179
Jihomoravský kraj	16.893
Olomoucký kraj	8954
Zlínský kraj	8419
Moravskoslezský kraj	15.785

Zdroj: Česká alzheimerovská společnost

Obr. č. 1 Počet lidí s demencí v ČR za rok 2014

1.4 Diagnóza a vyšetřovací metody

Osoba, která trpí demencí, si často příznaků nevšimá a dává to za následek postupnému stárnutí organismu, nebo si problémy ani nepřipouští. Často rodinní příslušníci si začínají všimnat problémů a chtějí je řešit. Je nutné proto jít k lékaři a o problémech mluvit.

Existuje mnoho vyšetřovacích metod, pomocí kterých se vyšetřuje demence

- CT mozku
- EEG
- Lumbální punkce
- Test kreslení, test hodin
- Test paměti
- Neurologické vyšetření

Existuje mnoho testů, které napomáhají k určení syndromu demence. V mé bakalářské práci uvádím jen základní popis těchto testů.

Paměťový test učení – Tento test funguje tak, že pacientovi přečteme patnáct jednoduchých známých slov, které si potom následovně má vybavit. Tento postup opakujeme pětkrát a sledujeme křivku učení. (Jiráková a kol., 1998).

WAB (Western sphasia battery) – test řečových funkcí – Tento test měří dva aspekty demence a to řečový (spontánní řeč, pojmenování, opakování a porozumění) a názorový (hodnotí čtení, psaní, počítání, vykonání úkolu). Při testu řečové plynulosti „*pacient musí v určitém časovém intervalu vyjmenovat co nejvíce slov podle zadání (např. začínajících na stejné písmeno, co nejvíce zvířat, jmen apod.) hodnotí se pohotovost, iniciace, motivace, mentální pružnost, pracovní a slovní paměť.*“ (Boržová, 2009, str. 27)

Test hodin - Pacient je vybídnut, aby nakreslil ciferník hodin se všemi čísly a nastavil ručičky na určitý čas. Pokud pacient nerozumí, můžeme mu úkol zopakovat, ale neměli bychom mu radit. Potom obrázek zhodnotíme dle návodu. (Jiráková a kol, 1998)

Mattisova škála demence – tento test se zaměřuje na pozornost, paměť, kresbu, schopnost iniciativy, motoriky a tvorbu pojmů. Je podobný testu hodin, ale podrobnější. Tento test slouží k podrobnějšímu zachycení změn v průběhu nemoci. Všechny položky škály, kterých je 37, vytváří celkové skóre s maximální hodnotou 144 a minimální s 0. (Jiráková, 1998)

Wechslerova škála paměti – Tento test je velice časově náročný a umožňuje veškeré prověření všech druhů paměti. „Poskytuje detailní informace o slovní i zrakové paměti, zvláště okamžité i oddálené vybavení. Testuje orientaci, logickou paměť, zapamatování si dvojice slov a tváří, seznamu slov zrakové reprodukce, uspořádání čísel a písmen, rozsah čísel a prostoru.“ (Boržová, 2009, str.27)

2. Komunikace s člověkem s demencí

Člověk sdílí své myšlenky, zkušenosti a názory, dokáže mluvit i psaným slovem. Komunikace nám dopřává pocit spojení se světem a lidmi. Avšak člověk trpící demencí, tento pocit nemá, ba naopak postupně mu tento pocit mizí. Stojí ho mnoho úsilí, když má někomu vysvětlit co potřebuje a jak se cítí. Chceme-li komunikovat s člověkem s demencí, musíme počítat s tím, že komunikace bude složitější a investujeme do ní mnoho energie.

V počátku nemoci má pacient problém najít v komutaci ta správná slova. V rozhovorech se často zadrhává na slovech, která jsou mlhavá a nejasná jako například slova: to, někde, věci, lidé, oni... Tato slova se označují jako „prázdná“ protože nesdělují nic konkrétního.

V další fázi nemoci je stále obtížnější se zapojit do rozhovoru. Bude raději mlčet, než aby mu někdo opět nerozuměl. Pro okolí je to složité, aby mu porozuměli, protože si často myslí, že vědí, o čem mluví. Stává se, že nemocný člověk začne mluvit odněkud zprostředka a nevidí situaci posluchače. Člověk trpící demencí nedokáže pochopit význam slov jako „inteligence, politika, myšlenka“, jsou to abstraktní pojmy, které mu nedávají smysl. Je pro něj velice složité, když má dát dohromady správnou větu.

V poslední fázi nemoci je potřeba ošetrovatelská péče a člověk přestává mluvit úplně. Nedokáže vyslovit ani ty nejběžnější slova, jeho vyjadřovací schopnosti úplně mizí. Nedokáže odpovědět na otázku a reaguje na fyzické impulzy jako teplo, chlad, bolest. (Buijsen, 2006, str.61)

2.1 Správná komunikace s člověkem s demencí

- Rozhovor vést tak, aby byl stručný a jasný.
- Nemluvit příliš rychle a tiše, mluvit pomalu, jasně a nekřičet.
- Oční kontakt, aby věděl, že na něj mluvíme.
- Když je vyslovena žádost, aby něco udělal: „Mohl bys udělat, to a to“, v prostředí nebo situaci, ve které bude činnost provádět. Třeba žádost, aby se oblékl, by měla být řečena v ložnici a otázka, zda bude něco pít a jíst v kuchyni.
- Snažíme se vyhýbat rozhovorům, které obsahují odpověď ano, ne.
- Mluvit klidným a přátelským způsobem, nerozčilovat se.
- Používat při komunikaci paměťové nástroje. Znamená to, že ukazujeme, o čem chceme mluvit. Pokud chceme například mluvit o počasí, postavíme člověka s demencí k oknu, aby měl dobrý výhled ven.
- Zabránit izolaci od ostatních lidí.

(Buijssen, 2006)

Buijssen uvádí, že pokud pacient už nechápe slova, můžeme k němu promluvit naše tělo.

„Můžeme ho vzít kolem ramen, jemně ho poplácat po zádech, pohladit po paži, podržet za ruku, usmívat se na něho. Až do úplného konce bude člověk s demencí schopen rozeznat melodii věty.“ Nemocný člověk moc dobře vnímá slova, jestli jsou přátelská, nepřátelská, smutná, veselá i když význam těch slov není schopen pochopit. Klidná přítomnost někoho koho má rád a důvěřuje mu je pro něj vždy pocit bezpečí. (Buijssen, 2006, str. 35)



Obr. č. 2

3. Péče o člověka s demencí

Péče o člověka s demencí je velice náročná nejen fyzicky, ale hlavně také psychicky. Často ani rodina už nemůže, zvládnou péči a je nucena dát nemocného člověka do ústavního, nebo pobytového zařízení. Existuje mnoho forem péče o seniory.

Můžeme je rozdělit do tří skupin

- 1) Péče zajišťována rodinou*
- 2) Zdravotní péče (včetně ošetrovatelské péče)*
- 3) Sociální péče (pečovatelské úkony)*

(Mlýnková, 2011, str.61)

Rodinná péče – je poskytována v domácím prostředí za pomoci rodinných příslušníků. Je to místo, které nemocný dobře zná a orientuje se a cítí se zde v bezpečí. Pokud to jde u dospělých lidí, často je zvykem o své stárnoucí rodiče pečovat, pokud je to v jejich silách. Proto může dojít k sestěhování, které avšak nemusí být příjemné pro některou stranu. Hlavním důvodem bývá získání více času a také finančních možností. Péče o nemocného seniora je často rozložena na všechny členy domácnosti. Pokud dojde k tomu, že senior se stěhuje ke svým dětem, může být velkým negativem, že si špatně bude zvykat na nové prostředí. Může si připadat cizí a špatně se v novém prostředí cítit. Můžou zde vzniknout i pocity, že je na obtíž.

Zvláště pro člověka s demencí je těžké si zvykat na nové prostředí. Nutno ale zmínit, že péče o seniora s demencí je velmi náročná, nejen psychicky, fyzicky, ale i materiálně. Je velmi důležité, aby jeho prostředí bylo zabezpečené a přehledné např. využívat barevného odlišení, nápadné označení věcí či cest z jedné místnosti do druhé.

Mlýnková (2011) uvádí několik překážek při poskytování péče rodinnými příslušníky

- Nevyhovující bydlení, sestěhování rodin, zde dochází ke ztrátě soukromí.
- Zaměstnanost rodinných příslušníků, ne každý může zůstat doma a pečovat o seniora, většinou se musí do péče zapojit celá rodina nebo využívají pečovatelskou službu.
- Vyčerpání a únava rodinných příslušníků při péči o seniora.
- Při vzdálenosti rodin je poukazováno na odlišná místa bydliště.

Zdravotní péče – může být poskytována ve více druhů zařízení

- Nemocnice
- Hospic
- Ambulantní a terénní služba
- Geriatrická denní centra

Sociální péče – na tuto kapitolu se více zaměřím, protože pracuji jako pečovatelka v denním stacionáři. Sociální péče je poskytována v těchto zařízeních.

- Domovy pro seniory
- Domovy se zvláštním režimem
- Domovy s pečovatelskou službou
- Domovinky
- Denní stacionáře
- Týdenní stacionáře
- Pečovatelská služba (Mlýnková, 2011)

3.1 Služby sociální péče

Poskytují pomoc k zajištění základních životních potřeb osob a k zajištění fyzické a psychické soběstačnosti. Patří sem zmiňovaná pečovatelská služba, denní stacionáře atd. Podrobněji zde zmíním **respitní péči**, která poskytuje dohled a péči na seniora. Jedná se o zajištění odpočinku a úleva pro pečující. Může být zajištěna formou krátkodobých či dlouhodobých pobytů v daných institucích, nebo přímo o seniora v jeho domácím prostředí na několik hodin v týdnu.

Nabídka služeb sociální péče zahrnuje

- 1) Práce s rodinou nemocného seniora, aby rodina byla dostatečně informována o možném vývoji zdravotního stavu, ale hlavně o nabídce podpůrných zdravotních a sociálních služeb, nebo o možných sociálních dávkách.
- 2) Přímou sociální práci s klientem (hovor, pozorování).
- 3) Sestavení individuálního plánu péče, podle individuálních potřeb klienta.

- 4) Poradenský servis pro seniory, který by měl poskytovat rady a informace.
- 5) Sociální intervence v případě odhaleného sociálního násilí.
- 6) Prevenci potřeby sociálních služeb.
- 7) Práci se seniory v rezidenčních zařízeních (v domovech pro seniory atd.).

3.2 Principy poskytování sociálních služeb

Důstojnost – uznání přirozených hodnot člověka, bez ohledu na to v jakých podmínkách se nachází, respektování jeho jedinečnosti a individuality a jeho osobních potřeb.

Soukromí – nenarušování jeho soukromí, být ušetřen nežádoucích zájmů.

Nezávislost – respektování jeho práv na možný výběr, odpovědnost za své rozhodnutí, podporování nezávislosti člověka v maximální možné míře.

Volba - člověk má možnost si vybrat z různých nabídek, musíme na ni brát zřetel.

Práva – práva musí být chráněna a podporována tak, aby každému byla zajištěna rovnost a kvalita života bez ohledu na pohlaví, věk, nemoc, rasu nebo vyznání.

Naplnění – realizace osobních naplnění ve všech aspektech života.

Zplnohodnocení – právo člověka na rozhodování o svém životě a kontrola nad tím, co se s ním bude dít. (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2002)

4. Formy sociální pomoci

V této části se zabývám organizacemi, které pomáhají v domácím prostředí klienta nebo odlehčovacím pobyty. Takovou je např. centrum Señorina, kde již přes rok pracuji brigádně jako pečovatelka a proto jí více popíši.

4.1 Česká Alzheimerovská společnost (ČAS)

Vznikala v průběhu roku 1996 a od roku 1997 je zaregistrována jako občanské sdružení. Tato organizace vznikla na základě setkávání a spolupráce profesionálů z oboru gerontologie - (lékařů, sester, sociálních pracovníků atd.), kteří se zabývali problematikou lidí s demencí. Postupně se zapojily i rodiny a rodinní příslušníci, kterých se problematika demence týkala.

V roce 2014 se stala organizace významným členem mezinárodních organizací Alzheimer Europe a Alzheimer Disease International. Cílem této organizace je pomáhat lidem s demencí, jejich rodinám a pečujícím.

ČAS poskytuje dvě registrované služby a to **konzultace (poradenství)**, které pomáhá lidem s demencí a jejich rodinným příslušníkům lépe zvládat situaci, ve které se ocitli. Cílem této služby je psychická podpora a komplex informací, která se týká péče o nemocného člověka např. léčba, diagnóza, průběh nemoci, komunikace s nemocným atd.). Poskytuje i **Psychosociální intervenci**, která je zaměřena na samotné pečovatele (snížení stresu, duševní hygiena, zvládání nelehkých situací)

Svépomocné podpůrné skupiny - (Čaj o páté) - jde o setkávání rodinných příslušníků, kdy jsou pozváni i odborníci, kteří zodpovědí konkrétní otázky ohledně nemoci a péče o něj i o sebe. Tato skupina je otevřená a rodinní příslušníci či pečovatelé si mohou sdílet své zkušenosti a rady, které přináší každodenní život v péči o seniora s demencí. Čaj o páté probíhá jedenkrát za 14 dní v Gerontocentru v sídle České Alzheimerovské společnosti.

Druhá služba je **respitní péče**, tato forma péče pomáhá přímo v domácnosti nemocného, pokud pečovatel nemůže nebo si potřebuje odpočinout. Snaží se o zajištění pomoci v domácnosti. Je určena pro klienty trpící demencí v jeho domácím prostředí. Služba je poskytována ve všední dny od 8:00 do 19:00, nebo dle dohody klienta a organizace. Služba je poskytována na území hlavního města Prahy.

Náplň respitní péče

Odlehčovací služby zajišťují péči po dobu odpočinku pečujícího a to v rozsahu daném zákonem:

- *pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu*
- *pomoc při osobní hygieně*
- *pomoc při zajištění stravy*
- *sociálně terapeutické činnosti*
- *výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti*
- *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím*
- *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Alzheimer.cz)*

4.2 Život 90

Byl založen v roce 1990 s cílem poskytovat pomoc a péči v rodinném prostředí. Od roku 1995 poskytuje komunitní centrum pro seniory a jejich blízké. Život 90 poskytuje služby 24 hodin denně, 365 dnů v roce. **Poskytují informačně poradenské centrum**, které je zdarma jak pro nemocné, tak pro jejich okolí. Získají zde informace o sociálně - právní oblasti.

Tato organizace má také linku **důvěry**, která poskytuje nepřetržitou a okamžitou pomoc v krizových situacích seniorů. Více jak 20 let poskytují **tísňovou péči**, která pomáhá ochránit životy seniorů v celé ČR. Tato služba poskytuje pomoc distanční hlasové a elektronické komunikace, dohlíží na klienta v jeho bytě.

„ Služba je tu pro seniory a osoby se zdravotním postižením, kteří žijí sami, i pro ty, kteří jsou aktivní a chodí ven. Stiskem tlačítka, které u sebe uživatel nosí, se v případě nouze spojí s nonstop dispečinkem.,,



Obr. č. 3

Další poskytovaná služba je **pečovatelská péče**, která je vykonávána v domácnosti seniora. Pečovatelky pomáhají s osobní hygienou, jídlem, oblékáním atd. Poslední službou je **odlehčovací centrum**, kde mají 9 lůžek a je určena seniorům o které se stará rodina. Tato péče je krátkodobá, umožňuje členům rodiny odpočinek. (zivot90.cz)

4.3 Centrum Seňorina (denní stacionář a odlehčovací služba)

Organizace, která se zaměřuje na klienty s poruchou kognitivních funkcí mozku, na klienty se sníženou soběstačností z důvodu neurodegenerativních onemocnění mozku jako je Alzheimerova choroba a jiné demence. Seňorina také podporuje rodiny, které pečují o klienty a poskytuje odlehčovací službu formou péče v domácnosti nebo krátkodobý pobyt v denním stacionáři.

Novinkou v centru je **Alzheimer Café**, které probíhá každé první úterý v měsíci v budově stacionáře. Na každý večer jsou pozváni odborníci, aby návštěvníkům poskytl nové informace a rady ke konkrétnímu tématu. *„Jednotlivá témata vybíráme tak, aby účastníkům pomohla pochopit nejen to, co s sebou demence přináší – dotýkají se také citlivých otázek, které při péči vyvstávají a s nimiž se lidé s demencí i jejich pečující musí vyrovnávat,“* vysvětluje jedna z pořadatelek projektu, Anežka Prokopová. *„Některá témata jsou náročná a emotivní, nicméně prvním předpokladem jejich zvládnutí je, abychom o nich dokázali mluvit,“* dodává.

Další činností centra Seňorina jsou také semináře, které pořádá pro veřejnost či jako akreditované kurzy pro pečovatele a zdravotní sestry.

Denní stacionář - je registrovaná ambulantní služba, která je zaměřena na klienty s Alzheimerovou chorobou a jinými druhy demence. Tento stacionář nabízí podporu a osobní rozvoj klienta, respektuje potřeby a zájmy uživatele. Je otevřen od 8:00 do 18:00. Rodinný příslušníci si v čase, kdy je klient v centru, mohou odpočinout nebo si zařídit různé záležitosti, popřípadě chodit do práce. Cílem denního stacionáře je udržet soběstačnost klienta, aby mohl vést co nejdéle svůj život ve svém domácím prostředí.

Výjimečnost služeb je založena na:

- *podpoře individuálních potřeb a zájmů klienta – „ABY SE MU DOBŘE ŽILO“*
- *přístupu Montessori: „POMOZ MI, ABYCH TO ZVLÁDL SÁM“*
- *útulném a vkusném prostředí, kde se klienti cítí „JAKO DOMA“*
- *zdravém a chutném stravování podle programu „BON APETIT“*
- *nadstavbovém terapeutickém programu pro klienty i pečující – „PREVENCE“*
- *na moderních přístupech celostní podpory – „TERAPIE“*

Señorina provozuje také terénní a odlehčovací službu, kterou vykonávají pečovatelky. Ocení je především rodina klienta.

Terénní služba se poskytuje u klienta přímo doma. Podstatou této péče je pomoc s osobní hygienou, zajištění stravy, komunikace, pomoc s oblékáním a jiné činnosti. Nejdůležitější je vnímat každého klienta jako osobnost a přistupovat k němu individuálně. Dle vlastních zkušeností vím, že člověk v domácím prostředí se cítí nejlépe a proto je spolupráce s ním snazší.

Avšak **pobytová odlehčovací služba** se o klienta postará přímo v prostorách centra, kde se snažíme o domácí prostředí a pohodu. Je zde zajištěn program pro klienty a profesionální pečovatelky, které se celý den starají o seniora.

Program zahrnuje

- sociální kontakt s vrstevníky
- aktivizační program včetně tréninku kognitivních funkcí mozku a kondičního cvičení
- podporu při oblékání, stravování a běžných hygienických úkonech
- stravování (dopolední svačina, oběd, odpolední svačina)
- péči kvalifikovaných pečovatelek

Poslední aktivitou je **trénink paměti**, který probíhá každou středu v centru Señorina. Zahrnuje procvičování a trénink paměti nejen klientům ale celé veřejnosti. Přijít může každý a je jedno kolik mu je let a zda je nemocný či ne. Trénink paměti je v ceně kávy, což činí 50 Kč a je to příjemné posezení spojené s procvičením paměti.

Profesionalita, respekt, bezpečí, potencionál, to jsou hodnoty, na kterých staví službu a přístup ke klientům centrum Señorina. Poskytované sociální služby - denní stacionář a odlehčovací služby jsou registrované pod Ministerstvem práce a sociálních věcí. Sama v této organizaci pracuji jako pečovatelka a velmi oceňuji zkušenosti a poznatky, které mi centrum přineslo. Myslím, že je to pro mne velký přínos do budoucnosti, protože sama chci pracovat se seniory a věnovat se jim. (centrum-senorina.cz)

5. Aktivity pro seniory s demencí

Pro lidi s demencí je velice důležité mít nějakou smysluplnou aktivitu. Pokud je aktivita správně zvolená, dokáže člověka potěšit, pozvednout a rozptýlit jeho depresi, nervozitu a neklid. Výběr aktivit neznamena pouze zaneprázdnit klienty po péči, ale jde o celkový proces, v němž je poskytnuta příležitost žít způsobem, která každému jedinci vyhovuje nejvíce, která mu dává pocit jistoty a sociálního začlenění.

Problém onemocnění demencí je ten, že člověk brzo začne ztrácet schopnosti, mnohem dříve, než je na to jeho tělo připraveno. Člověk trpící demencí má proto často pocity, že je bezcenný, zbytečný, bez nálady, smutný. Proto právě tyto lidé potřebují program a činnost, které by znovu obnovily jejich pocit užitečnosti.

Každý jedinec je individuální a proto je třeba mu naplánovat program přímo pro něho. Člověk s demencí je avšak postupně omezen a proto mu musí být program připraven způsobem, jenž kompenzuje nebo využívá zbývající jeho síly. Aktivity jsou nejlepší vykonávat ve skupině, kde je možnost nabídnout společný zážitek. (Zgola 2013)

Právě Zgola (2003) uvádí aktivity, které jsou nejúspěšnější u seniorů s demencí

- aktivity, které mají výrazné rytmičné prvky
- aktivity, které obsahují jeden opakující se krok
- aktivity, poskytující okamžitou zpětnou vazbu
- aktivity, které přímo seniora zapojují
- aktivity známých pohybových stereotypů

Zgola také uvádí pravidla, která jsou důležitá při aktivitách

- využívat zachované schopnosti seniora
- rozptylující podmínky minimalizovat
- omezit možnost volby
- pomáhat vizuálními prostředky
- vyloučit neúspěch
- dávat podrobné instrukce

Stupnice soběstačnosti pacienta s Alzheimerovou chorobou

Jak uvádí Zgola (2013) tato stupnice hodnotí následující činnosti jako je osobní hygiena, schopnost se najíst, oblékání, péče o zevnějšek atd. Na všechny otázky, které se pokládají, se odpovídá co nejpřesněji pomocí bodové škály od 1 do 5 například

- 1- samostatné vykonávání bez jakékoliv pomoci
- 2- občasné připomínání na danou aktivitu, občas pomoc při aktivitě
- 3- pomoc středního rozsahu při provádění aktivity
- 4- pomoc značného rozsahu při provádění aktivity
- 5- úplná závislost na pomoc zvenčí

5.1 Příklady aktivizačních a terapeutických postupů

Terapie by měla být komplexní a také by měla mít v sobě prvky biologické a psychosociální. Terapie je vykonána za pomoci psychiatra, neurologa a ve spolupráci s praktickým lékařem, geriatrem, psychologem, zdravotními sestrami, rehabilitačními pracovníky, pečovateli a také rodinou. (Jirák, 1998)

Důležitou součástí je také spolupráce s pečovateli nemocného a s rodinou. Ti všichni jsou velice psychicky, fyzicky i ekonomicky vyčerpáni. Často jsou také nuceni opustit své zaměstnání, protože péče je ve všech směrech velice náročná. Aktivizace stav nemocného, bohužel, nevrátí, ale snaží se zachovat jeho dosavadní funkce, které nemocný zvládá. Redukuje pocit sociální izolace a senzorické deprivace. Tyto aktivity vedou zkušenosti profesionálové, a proto tyto postupy vedou v institucionální péči. (Zgola, 2013)

Bazální stimulace je vědecký pedagogicko - ošetrovatelský koncept podporující vnímání, komunikaci, kognitivní a pohybové schopnosti člověka. Člověk v těžkých životních situacích s omezenými možnostmi komunikace, vnímání a pohybu, potřebuje právě strukturovanou péči, která mu umožní se navrátit do současného života pomocí dřívějších návyků a zkušeností. Cílem této stimulace je porozumět stylu komunikace a pochopit potřeby klienta. Péče je poskytována tak, aby byly podporovány schopnosti klienta, které ještě má. Bazální stimulace má propracované rehabilitační techniky pro stimulaci tělesného schématu a také podporuje kvalitu života nemocných. U nemocných s Alzheimerovou chorobou je užívaná a velmi účinná technika „ Masáž stimulující dýchání.“ (Friedlová, Sestra, 2008, č. 2).

Ergoterapie je zdravotnická disciplína, která nabízí aktivní činnost v každém věku. Zaměřuje se na lidi s psychickým, fyzickým, intelektovým postižením, omezujícím jejich funkční kapacitu a samostatnost. Cílem ergoterapie je získat maximální možnou soběstačnost a tak nezávislost a zvýšení kvality života. Usiluje o zachování a využívání schopnosti jedince potřebných pro zvládání běžných denních, pracovních, zájmových činností. Pokud nejsou u klientů s demencí obnovovány jejich dosavadní funkce, návyky a dovednosti, stačí jen několik málo dnů, aby úplně vyhasly a už se již neobnovily. (Müller, 2005).

Reminiscenční terapie funguje tak, že je založena na poznání toho, co nejdéle zůstalo zachováno jako vědomosti, vzpomínky, návyky, které jsou fixovány v dlouhodobé paměti. Jedna z metod, která se nejčastěji používá, je *sepisování vzpomínek* na papír a vytváří se tzv. *vzpomínkový kufřík*. Tento kufřík se může stát dobrým prostředkem k navozování komunikace jak s personálem, tak rodinou. (www.alzheimercentrum.cz, 22. 9. 2008)

Canisterapie je terapie pomocí psa. Vychází ze skutečnosti, že pes patří mezi spolehlivé partnery člověka jak ve zdraví, tak v nemoci. Tato forma může probíhat v různých činnostech jako hra se psem, výcvik psa, mazlení se. Pes se stává součástí života a jeho obohacením.

(Kozáková, Müller 2007)

Fyzioterapie se zaměřuje na pohyb. Fyzioterapeut pracuje na aktivizaci pacienta v rámci jeho kondice a pohybu. Nacvičují chůzi nebo tu část těla, která to potřebuje. Pomocí fyzioterapie si nemocný obnovuje své pohybové funkce. (Alzheimercentrum online, 2009)

Muzikoterapie slouží k uvolňování emocí. Člověk může sám hudbu vytvářet nebo jí poslouchat. Muzika proniká do hlubších vrstev osobnosti, než mluvené slovo. Ovlivňuje vegetativní funkce, používá se ke zmírnění bolesti, úzkosti, strachu.



Obr. č. 5 - Muzikoterapie

6. Role sociálního pracovníka v péči o seniory

Pracovníci, kteří pracují se seniory se skládají z Multidisciplinárního týmu a to např. ze zdravotníků, sociálních pracovníků, duchovních, odborníků atd. Sociální pracovník má též velkou úlohu v péči o seniora a za poslední léta se jeho úloha proměnila. Změnily se požadavky i samotná náplň této práce se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Sociální pracovníci v minulosti se zabývali finančními problémy, jako byl (příspěvek na péči, výplata důchodů, agenda depozitních účtů). Postupem času se sociální pracovníci zabývali individuální práci s uživateli, individuálním plánováním a také různými terapiemi (trénování paměti, muzikoterapie, arteterapie). Sociální pracovníci jsou v kontaktu více s uživateli, ale také i s rodinnými příslušníky. Jejich práce je i koordinování dobrovolníků, vedou praxe studentům atd. (Papežová, 2010)

Mühlpachr (2006) uvádí, že sociální pracovník musí vycházet ze sociální situace seniora v určitém věku. Ovšem situace může být charakterizována postupně vznikající nesoběstačností seniora a následně závislostí na pomoci druhé osoby. Individuální práce by měla proto být zaměřena na zlepšení nesoběstačnosti a to posílení samostatnosti. Sociální pracovník poskytuje poradenství jak základní, tak odborné a pomáhá při komunikaci se seniorem a rodinnou.

Sociální pracovník v pobytových zařízeních sociálních služeb má odbornou činnost, která se zaměřuje na psychosociální pomoc a sociálně výchovné působení zaměřené na seniora. Jeho úkol v domově pro seniory je ulehčovat adaptaci seniora na nové prostředí, zabezpečuje seniorům sociálně právní ochranu, zprostředkovává seniorům kontakt s rodinou i se společenským prostředím, zajišťuje terapeutické prostředky, vede sociálně – poradenskou práci. Proto je velice důležité, aby byl sociální pracovník nejen vzdělaný, ale měl také osobní předpoklady, jako je empatie, soucit, trpělivost, umění naslouchat. (Dvořáčková, 2010)

6.1 Kvalifikační požadavky sociálního pracovníka

Mustí být splněny v rozsahu stanoveném v § 110 a 111 sociálního zákona. Sociální pracovník v pobytových sociálních zařízeních musí splňovat tyto kvalifikační požadavky:

- úspěšně ukončené vyšší odborné vzdělání, zakončené absolutoriem v oboru sociální práce a sociální pedagogika, sociální a humanitární práce, sociálně právní činnost, charitativní a sociální činnost.
- úspěšné ukončené vysokoškolské vzdělání, zakončené státní závěrečnou zkouškou (Bc., Mgr.) zaměřené na obory sociální práce, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči nebo sociální pedagogiku.
- absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů v rozsahu 200 hodin a praxe při výkonu povolání sociálního pracovníka v trvání nejméně pěti let v případě ukončeného vysokoškolského vzdělání v jiné oblasti studia, než je sociálním zákonem určena pro sociální pracovníky. (Malíková, 2011 str. 86)

Předpoklady pro práci sociálního pracovníka jsou způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní a odborná způsobilost, povinnost dalšího vzdělávání.

Charakteristika a struktura činnosti sociálního pracovníka - je podřízen vedoucímu zařízení a vedoucímu sociálnímu pracovníkovi, pokud je tato funkce v zařízení stanovena. Sociální pracovník také spolupracuje s kolektivem a to se zdravotnickým personálem, pracovníky v sociálních službách, ergoterapeutem atd.

6.2 Obecný popis práce sociálního pracovníka

- řídí se platnými zákony (zákonné normy pro sociální práci, zejména zákonem o sociálních službách) a vnitřními organizačními normami (vnitřní předpisy, směrnice, pravidla pro pracovníky)
- dodržuje standardy kvality sociálních služeb
- provádí edukaci zájemců, žadatelů, klientů, jejich příbuzných
- provádí sociální poradenství a analytickou a metodickou činnost při zajišťování sociální služby klientům.
- vede evidenci v sociální oblasti, zajišťuje sociální agendu a dokumentaci jednotlivých klientů v zařízení.
- zachovává mlčenlivost, respektuje práva klientů.
- dodržuje etické zásady a etický kodex sociálních pracovníků v ČR.
- dokonale zná svoji náplň práce a spolupracuje s dalšími pracovníky v zařízení a s pracovníky na příslušných úřadech.
- podílí se na standardu č. 5 – individuální plánování v průběhu sociální služby.
- respektuje přání, potřeby a požadavky klienta, zajišťuje spolupráci s místní farností.
- účastní se supervizí a vzdělávacích akcí ve svém oboru a trvale se vzdělává.
- při komunikaci dodržuje zásady emoční inteligence.
- eviduje všechny podané a schválené žádosti o přijetí do zařízení.
- zúčastňuje se všech pracovních porad a důstojně reprezentuje svoji profesi.

PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části byla použita metoda kvalitativního výzkumu – kazuistika, která detailně popíše klienta jak v pobytové službě, tak v jeho domově. Tuto metodu jsem se rozhodla použít proto, že při rozhovorech se seniory jsem se dozvěděla mnoho zajímavých informací. Seniori s demencí se velice rádi bavili o svém životě a vzpomínali na své mládí a rodinu.

Kazuistika nebo případová studie jsou metody kvalitativního výzkumu, které poskytují mnoho informací pomocí pozorování, rozhovoru a analýzy dostupných dokumentů. Díky metodě případových studií lze postihnout některé souvislosti, které nejsou na první pohled zjevné a tím nám umožňuje pochopit celý případ do hloubky. Následně je pak zvolen adekvátní přístup k řešení celého případu klienta.

Pomocí rozhovoru jsem oslovila 10 seniorů, kteří byli schopni podat rozhovor a byli v raném stádiu demence. Rozhovor trval přibližně 40 až 50 minut. Klienti byli seznámeni s anonymitou. Záměrně jsem jména seniorů v kazuistikách změnila. Na závěr praktické části, jsem udělala rozhovory s personálem centra Seňorina.

7. Rozhovor s klientem

Nejdříve jsem seniora oslovila a požádala ho, jestli s rozhovorem a následně s vypracováním kazuistiky souhlasí. Po jeho souhlasu jsem začala rozhovor. Kazuistiky jsem doplnila dostupným materiálem klientů v centru.

Dobrý den,

Jmenuji se Jana Pufrová a studuji na husitské teologické fakultě obor specializace v pedagogice. Nyní jsem ve třetím ročníku a pracuji na své bakalářské práci, která se zabývá problematikou péči o seniora s demencí. Ke své praktické části použiji metodu kazuistika (detailní popis konkrétního jedince).

Mohu s Vámi udělat rozhovor o vás a o vašem životě?

Údaje, které mi poskytnete, budou uváděny v takové formě, aby nebylo možno konkrétního jedince identifikovat a bude to zcela anonymní.

Děkuji.

7.1 Otázky k rozhovoru

Zde uvádím body, které jsem používala při rozhovorech se seniory. Jsou to body, kterými jsem se řídila a následně poté zpracovala kazuistiky.

Osobní anamnéza:

- Žena/ Muž
- Narození klienta (rok, místo)
- Rodina klienta (matka, otec, zda má nějaké sourozence atd.)
- Vzdělání
- Zaměstnání klienta
- Jeho rodina (manžel/ka, děti, vnoučata atd.)
- Trpí klient nějakou jinou chorobou než demencí?
- Je klient mobilní či imobilní?
- Dokáže se o sebe postarat sám, či s pomocí?
- Jaké služby využívá? (denní stacionář, odlehčovací služba, terénní služba)

Rodinná anamnéza

- Zda stále má manžela/ku, partnera/ku
- Děti (vztahy s dětmi, navštěvují klienta, vzdělání)
- Vnoučata (vztahy s vnoučaty, návštěvy)
- Sourozenci (jsou v kontaktu, návštěvy)

Sociální anamnéza

- Koníčky klienta (co ho baví, co dříve dělal atd.)
- Přátelé a známí (jsou v kontaktu, navštěvují se atd.)
- Věnují se nějaké činnosti?
- Je klient společenský, komunikativní?

Pokud je klient v pobytové službě

- Proč on nebo jeho rodina zvolil tuto pobytovou službu?
- Jak je spokojen, co ho nejvíce baví v PS?
- Co mu zde chybí?

7.2 Hypotézy

- 1) Senioři se cítí lépe ve svém vlastním domově, než v pobytové službě.*
- 2) Ženy se více adaptují v pobytové službě, než muži.*
- 3) S rostoucí nesoběstačností seniorů, se zvyšuje zájem o sociální službu.*

8. Kazuistiky klientů v pobytové službě v centru Seňorina

8.1 Kazuistika paní Aleny

Paní Alena je v pobytové službě v centru Seňorina dva měsíce. Velice se jí zde líbí a její stav se v centru zlepšil. Klientka má problém s krátkodobou pamětí, kterou v centru procvičuje trénováním.

Osobní anamnéza: Paní Alena je narozena 1960 v Praze v Nuslích. Pochází ze dvou sourozenců a pracovala jako sekretářka v jedné nejmenované firmě. Nyní je v invalidním důchodu, díky své nemoci, už nadále nemohla pracovat. Paní Alena nemá žádné děti ani manžela a žije v domácnosti se svým bratrem a jeho rodinnou.

Její matka byla švadlena a otec pracoval jako zedník. Rodiče už nežijí. U matky paní Aleny byla diagnostikována v 83 letech Alzheimerova choroba.

Paní Alena má vystudovanou obchodní akademii a poté šla na VŠ, kde studium ukončila v prvním ročníku. Jako sekretářka pracovala 35 let ve firmě, tato práce jí velice bavila. Před rokem měla klientka těžký úraz hlavy a ležena dva měsíce v komatu, učila se znovu číst a psát a do stacionáře přišla s problémy s krátkodobou pamětí. Proto je nyní rok v invalidním důchodu a pomocí tréninku paměti cvičí svojí paměť. Klientka je nyní zcela mobilní a dokáže se o sebe postarat sama. Je velice aktivní a ráda využívá všech aktivit v pobytové službě.

Rodinná anamnéza: Paní Alena je svobodná a nemá žádné děti. Jak jsem zmínila, žije s bratrem a jeho rodinou ve společné domácnosti. Její bratr je starší o 5 let a mají spolu velice dobrý vztah. Jak bratr, tak jeho rodina jí navštěvují v centru. Paní Alena má mnoho přátel a ráda s nimi jde na kávu, či za kulturou do kina a divadla.

Sociální anamnéza: Paní Alena je velice aktivní a má ráda pečení, čtení, divadlo, chodí ráda na procházky. S přáteli a rodinou je ve velice dobrém kontaktu. V denním stacionáři se paní Alena věnuje různým aktivitám jako například trénování paměti pomocí čtení článků z novin. Po přečtení nahlas řekne, co v článku bylo za obsah, dále zapamatování si barev, procvičování psaní na počítači. Paní Alena je velice komunikativní a přátelská. Ráda pomůže a poradí ostatním klientům ve stacionáři. Spolu s nimi peče buchty a stará se o květiny ve stacionáři a rychle si v centru zvykla.

Centrum Seňorina zvolila proto, že její bratr nebyl s rodinou celý den doma a ona byla v domácnosti sama a její stav se zhoršoval, proto ona a její rodina zvolili pobytové centrum, kde klientka sama, i s pomocí pečovatelek trénuje paměť a je ve společnosti. Je zde velice spokojená a jezdí domu na Velikonoce a někdy i víkendy. Nic jí zde nechybí a vždy má úsměv na tváři.

Prognóza a doporučení: Paní Alena je v centru velice spokojená a její stav se zlepšil. Myslím, že tento případ je pozitivní a zde nemám žádné doporučení.

8.2 Kazuistika pana Miloše

Pan Miloš je v centru měsíc, má Alzheimerovu a Parkinsonovu chorobu. Je částečně mobilní.

Osobní anamnéza: Pan Miloš se narodil 1933 v Litoměřicích. Jeho maminka byla žena v domácnosti a otec byl učitelem na základní škole v Litoměřicích. Pan Miloš je prostřední ze tří sourozenců. Nejstarší bratr už nežije a nejmladší sestra je v domově pro seniory. Pan Miloš byl učitelem na základní škole v Praze, kde učil matematiku a hudební výchovu. Po seznámení se svojí manželkou se odstěhoval do Prahy, kde založil rodinu. Má manželku, která je ve starobním důchodu a dvě dcery. Nejstarší dcera žije v zahraničí, ale pokud to jde, tak jezdí za rodinou. Mladší dcera žije v Praze a má dvě děti. Bohužel se o rodiče sama nemůže postarat, tak využila pobytové služby pro otce. Manželka pana Miloše je v nyní v nemocnici po operaci zlomeného krčku a nemůže se o svého manžela již nyní postarat. Pan Miloš má Alzheimerovu a Parkinsonovu chorobu. Je částečně mobilní, pohybuje se pomocí chodítka.

Osobní hygienu zvládá s dopomocí. V centru využívá aktivity, které mu zlepšují náladu, například hraje na klavír a zpívá, má rád muziku a sám hrál v orchestru. Také hraje na violoncello, pokud mu to jeho zdravotní stav dovolí. Je velice přátelský a komunikativní.

Rodinná anamnéza: Pan Miloš má manželku a dvě dcery. Jak jsem zmínila, manželka se starala o svého manžela ve společné domácnosti, ale bohužel měla úraz a proto je nyní v nemocnici po operaci zlomeného kyčelního kloubu. Manželka je o dva roky mladší. Mladší dcera je vdaná a má dvě děti. Dcera se o rodiče stará v rámci jejích možností a má s nimi krásný vztah. Starší dcera je v zahraničí a také pomáhá s pečováním o svého otce, ale bohužel nemá tolik času. Nyní se řeší otázka, zda se manželka pana Miloše bude o něj moci postarat, nebo by společně šli do domova pro seniory, aby mohli být spolu a bylo o ně postaráno. Pan Miloš má sestru, která je mladší, a jsou v úzkém kontaktu. Jeho sestra má také rodinu a manžela, o kterého se musí postarat.

Sociální anamnéza: Pan Miloš má krásného koníčka a to hudbu, hraje na klavír a violoncello a dříve hrál i v orchestru. Ve stacionáři hraje společenské hry, při kterých trénuje paměť a je velice přátelský a komunikativní. Dokonce ho navštěvují i jeho žáci ze základní školy, které osobně učil, a vždy vzpomínají na to, jaký to byl skvělý a čestný učitel.

Bohužel se stává, že při komunikaci se pan Miloš zadrhne a nemůže odpovědět v daný moment na otázku. To je pro něj velice traumatizující a omlouvá se. Někdy má i stavy ztuhlosti a nemůže se vůbec hýbat. Alzheimerova choroba se u něho objevila v 75 letech, kdy začínal zapomínat a nepoznával přátele a své okolí, po medikaci se stav zlepšil a nyní má problém s pamětí, ale už se orientuje v prostoru a poznává svojí rodinu.

Klient se do centra dostal kvůli onemocnění manželky. Je spokojený s aktivitami i prostředím. Panu Milošovi se ale velice stýská po manželce a často na ni vzpomíná a telefonuje jí. Pokud to bude možné, budou spolu doma anebo v domově pro seniory.

Prognóza a doporučení: Pan Miloš je společenský člověk a má rád svoji rodinu, bohužel kvůli jeho stavu nemůže být doma sám. Manželka je po operaci kyčelního kloubu a nyní se o něj sama nemůže postarat, doporučovala bych dát žádost do domova pro seniory, aby o ně oba bylo postaráno a mohli být spolu.

8.3 Kazuistika pana Jaroslava

Pan Jaroslav má diagnostikovanou Alzheimerovu chorobu již 5 let. Žije se svým synem doma, ale syn už péči o tatínka nemůže zvládnout a proto zvolil pobytové centrum Seňorina. Nejdříve byl pan Jaroslav v centru jen na zkoušku, ta se osvědčila a nyní je v pobytovém centru dva měsíce.

Osobní anamnéza: Pan Jaroslav se narodil roku 1940 v Praze v Krči. Pochází ze dvou sourozenců, jeho sestra Marie je ve starobním důchodu a občas pomáhala svému bratrovi a synovci v domácnosti. Rodiče pana Jaroslava brzy zemřeli a oba sourozenci spolu mají dobrý vztah. Pan Jaroslav měl manželku, která před 6 lety zemřela na rakovinu prsu. Má jednoho syna. Syn pana Jaroslava je svobodný a stará se o svého otce doma, chodí do práce na dvě směny a po zhoršení stavu pana Jaroslava se rozhodl zkusit pobytovou službu v centru Seňorina.

Pan Jaroslav byl pekařem a pracoval dlouhá léta v pekárně. Se svojí manželkou měli krásný vztah, ale bohužel zemřela před 6 lety. Má syna Vladimíra. Ten se o oba rodiče staral a žil s nimi ve společné domácnosti, je svobodný a nemá žádné děti.

Pan Jaroslav má diagnostikovanou Alzheimerovu chorobu, která se u něj začala projevovat před 6 lety, a nyní se jeho stav zhoršil. Nepoznával svého syna a sestru, často odcházel z domova sám. Tyto problémy dovedly syna k názoru, že nyní není schopen se o otce postarat a bojí se ho doma nechat samotného. Pan Jaroslav je také diabetik a musí si pravidelně aplikovat inzulín. Je částečně mobilní, chodí pomocí jedné hole. Hygienu a stravu zvládá s dopomocí. V centru Seňorina využívá služeb jako je trénink mozku, kavárna, cvičení.

Rodinná anamnéza: Pan Jaroslav již nemá manželku. Měli krásné manželství a spolu mají syna Vladimíra. Jeho sestra Marie je mladší o dva roky a je ve starobním důchodu. Po smrti bratrovy manželky pomáhala bratrovi v domácnosti a starala se o něj. Syn chodí na dvě směny do práce a stalo se i to, že přišel domů a tatínek doma nebyl. Hledal ho po okolí bydliště a našel ho až po 2 hodinách sedět na lavičce 20 minut od domu. Po tomto případě se rozhodl a zvolil pobytové centrum.

Sociální anamnéza: Pan Jaroslav byl vždy společenský muž a rád chodil mezi lidi a do společnosti, má rád hudbu a nejraději pekl buchty a cukroví, byl pekařem a to ho velmi bavilo. Spolu s manželkou měli mnoho známých a přátel, kteří ho navštěvují dodnes. Nyní nemá žádné zájmy, rád kouká na televizi, má rád své pohodlí a klid.

Po příchodu do stacionáře se nechtěl zúčastnit aktivit, které centrum nabízí a byl nejraději sám na pokoji. Nyní, když si zvykl na nové prostředí, mu již nedělá problém jít do společnosti a popovídat si s ostatními klienty. Samozřejmě se stává, že mu pečovatelky musejí připomínat, kde je toaleta, kde má svůj pokoj, ale to k této nemoci patří.

Do centra Señorina se dostal po zhoršení svého zdravotního stavu, ze začátku mu dělalo problém se adaptovat na nové prostředí a klienty v centru, občas mu chybí jeho domov a hlavně manželka, na kterou často vzpomíná.

Prognóza a doporučení: Pan Jaroslav je nyní spokojený, ale mohlo by se stát, pokud by střídal více pobytových center, že se jeho stav zhorší. Doporučovala bych, aby zůstal v jednom pobytovém zařízení a pokud to bude možné a syn bude doma, například na víkend, vzít pana Jaroslava na návštěvu domů. Dávat si ovšem pozor na to, aby si pravidelně aplikoval inzulin a aby neutekl z domova.

8.4 Kazuistika paní Kateřiny

Paní Kateřina je v centru dva měsíce a je zde velmi spokojená. Klienta je velice společenská a má ráda lidi kolem sebe. Radost jí dělá hudba a pletení. Klientka trpí Parkinsonovou chorobou 5 let. Dříve byla zmatená a apatická a měla deprese, po upravení medikace se její stav zlepšil.

Osobní anamnéza: Paní Kateřina je narozena roku 1936, pochází z Prahy a její rodiče byli oba učitelé. Klientka má jednoho sourozence, bratra pana Miroslava, se kterým se pořád vídá. Vzdělání paní Kateřiny je učitelka v mateřské školce, kde pracovala přes 30 let. Má velice kladný vztah k dětem, i když sama v životě žádné neměla. Klientka měla manžela, který jí před 7 lety zemřel na rakovinu prostaty.

Klientka má Parkinsonovu chorobu, která se u ní začala, projevoval před 5 lety. Paní Kateřina měla deprese, úzkosti, poruchy paměti. Žila sama ve svém bytě, kde jí navštěvoval její bratr a pomáhal jí, pokud byla potřeba. Za poslední dobu se její stav velice zhoršil a nemohla být v domácnosti sama. Proto bratr a ona zvolili centrum Señorina. Paní Kateřina je částečně soběstačná, chodí pomocí chodítka. Hygienu zvládá s dopomocí.

Rodinná anamnéza: Jak jsem zmínila paní Kateřina, měla manžela který jí zemřel a spolu s ním neměla žádné děti. Bohužel v jejich 25 letech potratila a od té doby nemohla mít svoje děti.

Jelikož byla učitelka v mateřské školce, tak jí život bez vlastních dětí tolik nechyběl. Starala se o děti ve školce a dodnes na některé vzpomíná a vypráví jejich životní příběhy.

Klientka má bratra, který se o ní po smrti manžela staral a bere si jí na svátky a některé víkendy domu na návštěvu. Bratr klienty má manželku a dvě děti. Celá rodina má velice ráda paní Kateřinu a navštěvují jí i v centru.

Sociální anamnéza: Klientka byla dříve velice aktivní, měla ráda kulturu (kino, divadla, koncerty) Nyní je ráda plete šály a čepice a má ráda hudbu. Když je v dobré náladě, tak si zpívá a je veselá. Vyhledává kolem sebe lidi a společnost. Ráda se dívá na staré filmy a maluje. Pokud náladu nemá, jde do svého pokoje a čte si. Do centra chodí i mateřská školka, která si vždy připraví nějaký program. Klientka vždy ožije, když děti vidí a je veselá.

Klientka má spoustu přátel, se kterými se také stýká. To v minulosti tak nebylo. Paní Kateřina po diagnostikování Parkinsonovy choroby byla velice uzavřená a nechtěla se s nikým vidat. Paní Kateřina je nyní komunikativní a společenská, má ve stacionáři i přátele. Pokud je potřeba ráda pomůže i ostatním. Paní Kateřina se do centra dostala kvůli Parkinsonově chorobě, která jí začala před pěti lety. Žila v domácnosti sama, to nemělo dobrý vliv na její psychiku. Je v centru velice spokojená.

Prognóza a doporučení: Paní Kateřině pobyt v centru velice zdravotně prospěl, necítí se osamocená a nemá úzkostné stavy a deprese. Myslím si, že zde nemám žádné doporučení. Toto je případ, kdy pobytové centrum může velice pomoci a dokonce zlepšit stav klienta.

8.5 Kazuistika paní Marie

Paní Marie je v pobytové službě dva měsíce. Paní Marie je zde po operaci kolen, po které ochrnula na dolní končetiny a špatně se pohybuje. Po operaci začala mít problémy s pamětí a začala zapomínat. V centru se jí líbí a je zde velmi spokojená. Nemá žádné děti a manžel jí zemřel před rokem. Paní je komunikativní a milá a má ráda společnost.

Osobní anamnéza: Paní Marie narozena 1937 v Praze. Matka paní Marie pracovala v Drůbežárně. Otec pracoval jako řidič autobusu. Paní Marie měla jednoho bratra a ten byl vyučen zedníkem. Paní Marie je vyučená dámská krejčová. Pracovala zde jako šička. V roce 1959 se provdala za svého manžela a odstěhovali se do Kladna, kde byla také zaměstnána jako šička. V důchodovém věku se oba vrátili do Prahy, kde měly spoustu přátel. Děti s manželem žádné neměli.

Paní Marie má špatnou srdeční chlopeň a těžko se jí dýchá při námaze. V listopadu 2016 byla po operaci obou kolen a následně ochrnula na obě nohy. Je částečně imobilní. Před 5 měsíci spadla doma a od té doby se bojí chodit v chodítku sama, bez dozoru. Nyní má problémy s pamětí a zapomíná. Doma se pohybovala pomocí chodítka, ale po operaci je na invalidním vozíku.

Rodinná anamnéza: Paní Marie je vdova rok a nemá žádné děti. Manžel jí zemřel na rakovinu plic. Paní Marie nese těžko ztrátu svého manžela, měli se moc rádi a prožili spolu hezké chvíle. Má dvě sestřenice, které jí chodily navštěvovat domu a nyní do centra. Také má spoustu přátel, se kterými se ráda vídá.

Sociální anamnéza: Paní Marie je velice komunikativní a přátelská. Věnuje se ručním pracím (malování, vyšívání, barvení a zdobení předmětů) Dříve když mohla, chodila ráda ven na procházky s manželem. Také hodně cestovali a jezdili na výlety. Je vidět, že paní Marii velice manžel chybí a často o něm vypráví. Bohužel nemůže být doma sama proto je nyní v pobytové službě a čeká na místo v domově pro seniory.

Prognóza a doporučení: Myslím si, že centrum paní Marii pomohlo s procvičováním paměti a také zlepšilo její psychický stav. Byla doma sama a to už nemohla dlouho zvládat a nyní si zažádala o místo v domově pro seniory. Také bych doporučila procvičovat a rehabilitovat dolní končetiny.

9. Kazuistiky klientů v domácím prostředí

9.1 Kazuistika paní Boženy

Paní Božena je částečně mobilní, má velké problémy s dolními končetinami. Bydlí v rodinném domku spolu s manželem, který jí pomáhá. V domku mají ale skoro všude schody a to dělá paní Boženě velké problémy s pohyblivostí po domě. Nyní má problémy s pamětí, ale nechce je momentálně řešit.

Osobní anamnéza: Paní Božena se narodila v Praze. Její matka byla žena v domácnosti a otec pracoval jako rolník. Paní Božena je vyučená kuchařka. Po vyučení pracovala v závodech na šicí stroje. Zde se seznámila se svým mužem panem Františkem a odstěhovala se do malého rodinného domku. Paní Božena měla dva syny, o které bohužel přišla.

Paní Božena má velké problémy s chůzí, chodí o dvou francouzských holích a začíná mít problémy s pamětí. Spolu s manželem bydlí v rodinném domku, kde mají skoro všude schody a to dělá paní velké problémy, jelikož se jí špatně chodí. Je odkázána na svého muže, který chodí nakupovat. Také využívá terénní sociální službu jedenkrát týdně, na dvě hodiny. Pečovatelka s paní Boženou cvičí, koupe jí a trénují paměť. Dále má vysoký krevní tlak, na který bere léky a zvýšenou hladinu cukru, na kterou ale zatím nemusí brát žádné léky. Nedávno podstoupila operaci šedého zákalu, která proběhla bez komplikací.

Rodinná anamnéza: Jak jsem zmínila, paní Božena měla dva syny, o které přišla, a to jí velmi zasáhlo. Má čtyři vnoučata, tři holky a jednoho kluka. Ti bohužel nebydlí v Praze a moc paní Boženu nenavštěvují.

Sociální anamnéza: Paní Božena je velice komunikativní a má ráda společnost. Mezi její koníčky patří čtení a práce na zahradě. Dříve se věnovala pletení a háčkování. Také byla členkou organizací jako Červený kříž a Svaz žen. Spolu s manželem jezdili po zájezdech a rádi poznávali jiná města. Paní Božena zažila v životě i velkou ztrátu, úmrtí synů, která jí velice zasáhla a často o nich mluví. Bohužel se nyní stává, že často zapomíná, neví kde má věci a nechává zapnutý sporák při vaření. Manžel jí často musí kontrolovat a to se jí nelíbí.

Prognóza a doporučení: Paní Božena je částečně imobilní, má problémy s chůzí a s pohyblivostí. Jelikož mají malý rodinný domek, kde mají skoro všude schody, tak je pohyb po domě pro ni velmi náročný. Doporučila bych místo schodů udělat můstky a na zdi umístit madla pro lepší pohyblivost. Dále bych doporučila, pokud už paní Božena neovládá vařit, aby si s manželem nechali dovážet jídlo z místní jídelny, která je blízko jejich domu. Také bych doporučovala navštívit praktického lékaře, aby udělal testy, kvůli podezření na demenci či Alzheimerovu chorobu.

9.2 Kazuistika pana Oty

Pan Ota, žije se svojí manželkou a dcerou v rodinném bytě v Praze na Žižkově. Narodil se roku 1925 ve Vídni, kde žil do svých 5 let. Pan Ota je stavební inženýr a v mládí velice se svojí ženou cestoval. Manželka se o něho velice pečlivě stará, pan Ota začínal mít problémy s pamětí ve svých 82 letech.

Osobní anamnéza: Matka pana Oty pocházela z Vídně a otec z Čech, poznaly se oba ve Vídni a spolu tak žili 6 let. Pan Ota měl tři sourozence, dva bratry a sestru. Když bylo panu Otovi 6 let, přestěhovali se do Prahy.

Pan Ota je stavební inženýr a vystudoval ČVUT fakultu stavební v Praze. Je velice vzdělaný a laskavý pán. Díky, jeho zaměstnání cestoval po světě. Pan Ota navrhoval budovy a řídil jejich stavbu. Manželka ho na cestách doprovázela a bylo mu vždy oporou.

Pan Ota má krásné manželství, se svojí manželkou jsou šťastní dodnes a mají spolu dceru a syna. Dcera s nimi bydlí ve společném domě. Bohužel se o rodiče nejvíce zájem. Syn bydlí v Praze, a pokud rodiče něco potřebují, vždy jim pomůže. Pan Ota je po cévní mozkové příhodě, kterou prodělal před 10 lety, a poté mu začaly problémy s pamětí. Postupně nemohl najít ty správná slova, zapomínal písmena. Lékaři mu diagnostikovali tkz. Vaskulární demenci. Pan Ota má také hypertenzi a je po operaci levého kolene. Pan Ota se pohybuje pomocí chodítka a o osobní hygienu a jídlo se stará jeho manželka, nebo pečovatelka.

Pan Ota využívá terénní sociální službu a třikrát týdně (pondělí, středa, pátek) k němu chodí pečovatelka a pomáhá mu s osobní hygienou, cvičí s ním cviky na posílení svalů, masíruje a také cvičí paměť. Cvičení paměti obsahuje i hraní karet a společenských her, luštění křížovek a rozpoznávání barev a tvarů. Pana Otu cvičení velmi baví a již za rok co ho pečovatelka navštěvuje pravidelně, se jeho stav velmi zlepšil.

Rodinná anamnéza: Manželka pana Oty pracovala jako sektářka v účtárně a nyní je ve starobním důchodu a stará se o manžela. Mají spolu dvě děti. Jak jsem zmínila, dcera bydlí s rodiči ve společném bytě a o rodiče moc zájem nejvíce. Žije nahoře v patře se svojí rodinou a má manžela a dvě děti. Vnučata navštěvují prarodiče a občas jim pomůžou. Se svojí dcerou nemají úplně dobrý vztah, ale společně vycházejí. Syn pana Oty také bydlí v Praze a ten se více o rodiče stará.

Pan Ota měl dva bratry a sestru, ale ti už nežijí. Jinak spolu měly krásný vztah a často se navštěvovaly. Pan Ota má spoustu známých a přátel, kteří ho navštěvují do dnes.

Sociální anamnéza: Pan Ota byl je velice společenský a přátelský člověk. Má rád společnost a lidi kolem sebe. Dříve se věnoval sportu, hrál fotbal, volejbal a tenis. Nyní rád hraje karty a dívá se na TV. Pokud je hezké počasí, jde na procházku s manželkou.

Pan Ota je velice fixovaný na svůj domov a manželku, a když nastane situace, že manželka musí opustit domov, je nevrlý. Za dva měsíce by u pana Oty měla proběhnout rekonstrukce bytu, aby byl jeho domov bezbariérový. Pan Ota bude na měsíc v centru Seňorina, než se rekonstrukce dokončí. Manželka se bojí, aby nenastaly problémy a pobyt proběhl v pořádku.

Prognóza a doporučení: Pan Ota je velice společenský, ale zároveň jak jsem zmínila fixovaný na svoji manželku. Proto bych doporučila, aby pan Ota navštívil párkrát denní stacionář a na nové místo si pomalu zvyknul a adaptoval. Je zvyklý být ve svém domě, ale myslím si, že krátký pobyt v centru mu prospěje.

9.3 Kazuistika pani Libuše

Paní Libuše je narozena 1933 v Kolíně. Nyní žije v domácnosti se svojí dcerou v Praze. Klientka nemá diagnostikovanou demenci, ale je imobilní a má problémy s vysokým krevním tlakem a je diabetička.

Osobní anamnéza: Paní Libuše je narozena 1933 v Kolíně, pochází se šesti sourozenců. Matka klientky pracovala jako švadlena a otec pracoval na dráze. Klientka byla prodavačka v obchodě s potravinami, nyní je ve starobním důchodu. Manžel jí zemřel před 6 lety na rakovinu prostaty. Spolu s ním má dvě děti, dcera se nyní o maminku stará a syn bydlí v Kolíně.

Paní Libuše má vysoký krevní tlak a také je silný diabetik, třikrát denně si aplikuje inzulin a má také léky na diabetes. Je imobilní, pohybuje se pomocí invalidního vozíku a chodí jediné s dopomocí dcery, ale jen pár kroků. Osobní hygienu a jiné věci zvládá jediné s pomocí. K paní Libuši jezdí třikrát týdně pečovatelka.

Rodinná anamnéza: Paní Libuše už nemá manžela šest let. Bohužel jí zemřel na rakovinu prostaty. Mě spolu krásný vztah a žili společně v rodinném domě v Kolíně. Po smrti manžela se stav paní Libuše zhoršil a tak si jí dcera vzala do Prahy, aby se o ni mohla starat.

Dcera pani Libuše nepracuje, je v invalidním důchodu kvůli nemocnému srdci. Má manžela a dvě děti. Společně s manželem se o maminku stará ve své domácnosti a využívá také terénní péči, kdy si v tomto čase může odpočinout a nabrat novou sílu. Dcera paní Libuše má dvě dcery, které už s nimi nežijí, ale maminkou jí pomáhají, jak to jen jde. Celodenní péče je velice náročná a vzhledem k jejímu onemocnění si potřebuje často odpočinout, aby celodenní shon zvládla. Syn pani Libuše žije v Kolíně se svojí rodinou a nemohl se o maminku postarat z důvodu, že je velmi zaměstnaný.

Paní Libuše pochází ze šesti sourozenců. Bohužel už je na světě jen ona a její bratr, který je také těžce nemocný. Bratr žije se svojí rodinou v Kolíně, a pokud to jeho zdravotní stav dovolí, tak navštěvuje pani Libuši. Mají spolu krásný vztah.

Sociální anamnéza: Paní Libuše měla ráda zahradu a květiny, pěstovala si na zahrádce bylinky a různé druhy květin. Nyní ráda plete a vyšívá a také jí baví četba a pomáhá své dceři při vaření. Klientka byla společenská a měla hodně přátel, ale nyní žije s dcerou v Praze a všechny známé a přátele žijí v Kolíně. Velice jí chybí společnost, a proto si s přáteli volá a píše dopisy. Klientka je velice komunikativní a vždy když přijde pečovatelka je milá a vstřícná. Pečovatelka k paní Libuši chodí třikrát týdně na 3 hodiny. Pečovatelka s klientkou cvičí, provádí osobní hygienu, pomáhá jí s oblékáním, masíruje jí a také společně jdou ven na procházky.

Prognóza a doporučení: Paní Libuše je imobilní a stará se o ni nemocná dcera. V tomto případě bych doporučila využít buď denní stacionář nebo krátkodobou pobytovou službu, kde by bylo o klientku postaráno, aby si dcera mohla odpočinout. Dcera se o ní stará velmi ráda a mají spolu krásný vztah, ale je vidět že je vyčerpaná a potřebovala by nabrat novou sílu.

9.4 Kazuistika pana Františka

Pan František žije v domácnosti se svojí manželkou a je po endoprotéze kolene. Klientovi byla v 73 letech diagnostikována Alzheimerova choroba.

Osobní anamnéza: Pan František se narodil roku 1942 v Praze, byl jedináček jeho maminka nemohla mít další děti. Tatínek panu Františkovi brzy zemřel a žil s maminkou sám.

Pan František pracoval jako zedník. S jeho manželkou jsou spolu již před 50 let a mají spolu krásný vztah. Společně mají tři děti (dva syny a jednu dceru). Dcera s nimi bydlí a pomáhá s péčí o svého otce.

Pan František trpí Alzheimerovou chorobou, která začala před 2 lety nejdříve halucinacemi a postupně došla ke zmatenosti a poruše paměti. Dále je klient nyní po operaci a to endoprotézy levé dolní končetiny. Pan František je nyní částečně imobilní, rehabilituje, ale před operací byl zcela mobilní. Nyní mu pomáhá manželka či pečovatelka s hygienou a péčí o něj. Klient využívá terénní službu, pečovatelka za ním jezdí pravidelně dvakrát v týdnu.

Rodinná anamnéza: Pan František má manželku a tři děti. Syn a dcera v Praze nežijí, ale nejmladší dcera s nimi žije v Praze v rodinném domě. Dcera chodí do práce, ale pomáhá s péčí o svého otce o víkendech i v týdnu. Je zaměstnaná jako zdravotní sestra v Thomayerově nemocnici. Je svobodná a nemá žádné děti. Syn a dcera žijí mimo Prahu, a pokud jim to čas dovolí, navštěvují své rodiče. Pan František nemá žádného sourozence.

Jeho matka nemohla mít další děti a brzo ovdověla. S manželkou mají dobrý vztah, ale jak sama říká, péče je náročná a někdy by si potřebovala odpočinout a věnovat se sama sobě.

Sociální anamnéza: Pan František je milý a společenský pán. Tomu tak ovšem před pár lety nebylo, než se přišlo na to, že trpí Alzheimerovou demencí. Klient měl výkyvy nálad a často říkal, že ho někdo pronásleduje a viděl kolem sebe věci, které nebyly. Také se stalo, že se šel projít a najednou nemohl najít cestu domu. Tyto příčiny ho přivedly k lékaři, který mu diagnostikovali Alzheimerovu chorobu a nyní se jeho stav po medikaci velice zlepšil. Má také poruchu paměti a často mu manželka připomíná co je za den, jaký je rok atd. Nyní je po operaci (endoprotéze levé dolní končetiny) a rehabilituje.

Jeho koníček dříve byl sport a to hlavně fotbal, sám se mu věnoval aktivně, také měl rád lyžování a tenis. Nyní se nemůže těmto aktivitám vzhledem k věku a nemoci věnovat a proto se rád dívá na sportovní přenosy v televizi.

Klient má dva nejbližší přátele, kteří ho chodí pravidelně navštěvovat. Vždy se spolu dívají na sport, nebo pokud jeho zdravotní stav dovolil, se šly projít ven na procházku. Ke klientovi jezdí pečovatelka dvakrát v týdnu, procvičovat paměť, rehabilitovat a také dopomáhá s hygienou.

Prognóza a doporučení: Pan František je nyní v dobrém stavu. Pokud by manželka potřebovala pomoci nebo načerpat novou sílu, bylo by dobré dle jejich uvážení zkusit denní stacionář. Myslím si, že zde by si pan František popovídal s ostatními klienty a také by mu prospělo jiné prostředí.

9.5 Kazuistika paní Anny

Paní Anna, žije v domácnosti se svým manželem v Praze. Klientka je částečně mobilní, má hypertenzi a od roku 2015 jí byla diagnostikována demence.

Osobní anamnéza: Paní Anna je narozena roku 1946 v Praze. Paní Anna se narodila na vesnici v jižních Čechách jménem Čeraz. Její matka byla žena v domácnosti a otec pracoval v zemědělství. Klientka vystudovala zdravotní sestru v Českých Budějovicích a zde poznala svého manžela a odstěhovali se společně do Prahy. S manželem jsou spolu krásných 52 let a mají spolu velice pěkný vztah. Manžel je nyní ve starobním důchodě a o svojí manželku se stará ve společné domácnosti. Pomáhají mu jak syn, tak dcera.

Paní Anna má dvě děti, syna a dceru, kteří také žijí v Praze. Syn je realitní makléř a bydlí nedaleko svých rodičů, má dvě děti. Dcera je také zdravotní sestra a spolu s manželem bydlí na okraji Prahy.

Klientka trpí hypertenzí a od roku 2015 jí byla diagnostikována demence. V roce 2014 podělala cévní mozkovou příhodu. Po této události, částečně ochrnula na levou horní končetinu a postupem času se u ní začaly objevovat příznaky demence. Paní Anna měla problémy s pamětí, změny nálad a halucinace. Nyní se její stav zlepšil a paní Anna se cítí dobře.

Paní Anna zvládá osobní hygienu a jiné běžné činnosti buď sama, nebo s dopomocí. Využívá terénní sociální službu, která jezdí jedenkrát týdně na tři hodiny ke klientce domu. Manžel se věnuje sportu a tak v tuto dobu, kdy je pečovatelka s paní Annou jezdí hrát tenis.

Rodinná anamnéza: Paní Anna má manžela, který se o ní stará a společně mají dvě děti. Syn jak jsem zmínila, má dva syny a pracuje jako realitní makléř. Společně s jeho manželkou žijí kousek od jeho rodičů, tudíž není problém otci pomoci v péči o maminku. Dcera je zdravotní sestra a má manžela a zatím žádné dítě a také pomáhá otci v péči paní Annu.

Klientka má sestru, která bydlí v Kladně a jednou za 14. dní jezdí na návštěvu. Společně jdou na procházky a na nákupy. Každý týden ke klientce chodí její kamarádka, společně si dají kávu a povídají si.

Sociální anamnéza: Paní Anna je velice milá a přátelská. Po mozkové příhodě, která se jí stala, byla zmatená a uzavřela se do sebe. Nyní je vše lepší a znovu nachází smysl života. Pomohli jí přátelé a rodina, kteří jsou jí velkou oporou.

Dříve paní Anna pracovala hodně na své zahradě, pěstovala bylinky a ostružiny a nyní jí s péčí o zahradu pomáhá dcera. Paní Anna si ráda čte a luští a to jí pomáhá při trénování paměti. Občas je zmatená a neustále se omlouvá, že něco chtěla říci a zapomněla.

Klientka je společenská a komunikativní. Terénní pečovatelka ke klientce jezdí jedenkrát týdně na tři hodiny a společně procvičují paměť, rehabilitují a cvičí, chodí na procházky. Klientka je velice spokojena se službou.

Prognóza a doporučení: Paní Anna je velice milá má ráda kolem sebe lidi a společnost. Proto bych doporučovala vyzkoušet i denní stacionář, kde by se mohla seznámit s lidmi a také procvičovat paměť a řeč.

9. 6 Vyhodnocení hypotéz

1) Seniori se cítí lépe ve svém vlastním domově, než v pobytové službě.

Tato hypotéza se potvrdila u více tazatelů, kteří žijí ve svém domově a starají se o ně rodinný příslušníci. Nejvíce se potvrdila u pana Oty, který je velice fixovaný na svojí manželku a nechtěl by do cizího zařízení a doma se cítí nejlépe. Ovšem i v tomto případě dojde na situaci, kdy pan Ota bude muset opustit na chvíli svůj domov, kvůli rekonstrukci, která bude v jeho domově probíhat. Zde jsem doporučila, aby pan Ota před rekonstrukcí několikrát navštívil denní stacionář v centru, aby si na nové a dočasné prostředí zvyknul.

Tato hypotéza se potvrdila a myslím si, že je velice dobré pokud je klient ve svém vlastním prostředí, které dobře zná a orientuje se v něm. Ovšem, může také dojít k situaci, že se stav zhorší a pečovatelé jsou nuceni dát svého rodinného příslušníka do nějakého zařízení. Celodenní péče o seniora s demencí je velice psychicky i fyzicky náročná a proto je dobré využívat denní stacionáře, či pobytovou službu, aby si pečovatel mohl odpočinout a nabrat novou sílu.

2) Ženy se více adaptují v pobytové službě, než muži.

Tato hypotéza se mi také potvrdila, nejvíce u pana Jaroslava, který po nastoupení do centra neměl zájem o žádné aktivity a nechtěl se zúčastnit akcí a programů. Stýskalo se mu po domově a neměl náladu. S postupem času se sám začal ptát na denní program a začal se zapojovat do aktivit. Vždy je důležité klienta nenutit do jakékoli činnosti, on sám si řekne co je pro něj nejlepší a vhodné. Hypotéza se také potvrdila u paní Aleny, která se do chodu centra rychle zapojila. Nejvíce jí bavily různé aktivity a činnosti, které se v centru dělají a sama ráda pomohla i ostatním. U paní Kateřiny se také potvrdila tato hypotéza, byla v domácnosti sama a trpěla úzkostmi. V centru je spokojená a má zde i přátele. Sama je velice společenský a komunikativní člověk a proto se rychle adaptovala v centru. Tato hypotéza se také potvrdila u paní Marie, v centru se jí velice zlepšil psychický stav a nyní čeká na umístění do domova pro seniory.

3) S rostoucí nesoběstačností seniorů, se zvyšuje zájem o sociální službu.

Tato hypotéza se potvrdila u všech dotázaných seniorů. Všichni využívají sociální službu, buďto pobytovou sociální službu nebo terénní sociální službu. Záleží na možnostech, které senior má. Pokud to jde a má se o něho kdo v domácím prostředí starat je to výhoda. Bohužel se také stává, že člověk zůstane sám a nemá se o něho kdo postarat v tomto případě je důležité, že existují organizace, které se o seniory postarají a dají mu veškerou péči.

10. Rozhovory s personálem centra Seňorina

10.1 Rozhovor s pečovatelkou Milenou

Pečovatelka Milena pracuje v centru Seňorina přes rok a vystudovala střední zdravotnickou školu v oboru zdravotní asistent a má kurz pečovatelky. Pečovatelka Milena je empatická a milá pracovnice a práce se seniory jí velice baví a naplňuje.

1) Mileno, proč jste se rozhodla pracovat se seniory s demencí?

Rozhodla jsem se proto, že od dětství jsem vyrůstala s babičkou. To ve mně zanechalo pocit, že seniorům chci pomáhat do budoucnosti a tato práce má pro mě velký smysl.

2) Co Vás nejvíce baví na práci se seniory?

Nejvíce mě baví to, že tato skupina klientů je velice rozmanitá a každý je jiný. Někdo rád sedí u televize a jiní jdou s námi zpívat a cvičit. Klienti, zde v centru jsou aktivní a často vidí každý den, jak jim aktivizace pomáhá a je jim lépe. To mě naplňuje. Samozřejmě se stane, že klient nemá náladu a jde si lehnout nebo chce být sám. To je normální a proto bereme každého jako osobnost a kdo chce, se rád zapojí.

3) To souhlasím, jaké aktivity a činnosti provádíte v centru?

Každý den začneme rozcvičkou, při které trénujeme nejenom paměť ale i tělo. Například hrajeme slovní fotbal, říkáme si barvy, zaměstnání atd. Po rozcvičce většinou vyrábíme či malujeme. Po obědě je odpočinek a následuje volná aktivita, pokud například ženy chtějí péct buchtu tak pečeme, nebo vyšíváme. V 14:00 je kavárna, kde si senioři posedí s kávou a zákuskem a zároveň trénují paměť pomocí křížovek, hádanek a společenských her.

4) Co Vás každý den motivuje na práci se seniory?

Motivuje mě právě to, že vidím, že je jim lépe, pokud jsou ve společnosti a také vidím, že se jejich stav lepší nebo je dobrý pokud se snažíme podpořit to, co ještě umí a dovedou. Zásadně z nich neděláme nemohoucí, ale chceme, aby co nejlépe zvládaly péči o sebe a pokud je potřeba jsme tady my a rádi jim pomůžeme. Klienti, když odcházejí tak se s námi loučí a mají slzy v očích a děkují nám za péči. To samé i rodinný příslušníci a to je vždy inspirující.

5) Jak komunikujete se seniory s demencí?

Komunikace je občas složitá, ale vždy si časem najdeme způsob jak s určitým člověkem komunikovat. Je to individuální, ale důležité je mluvit nahlas a srozumitelně, používat krátké věty, a pokud stále klient nerozumí, používáme například předměty, aby více pochopil, o co se jedná.

6) Jaké je vaše pracovní náplň v centru Seňorina jako pracovník v přímé péči?

Práce je to různorodá, podle potřeb klientů. Jsou zde tři směny a to ranní, odpolední a noční. Přes den připravuji jídlo, plánuji aktivity, pomáhám s osobní hygienou, chodím na procházky. Pokud je klient inkontinentní, dohlížím či sama vyměním inkontinenční pomůcky a doprovázím klienty po centru.

V nočních službách ukládám klienty ke spánku, kontroluji léky a vyplním příslušnou dokumentaci, později pak plánuji aktivity na další dni.

7) V čem vidíte výhody pobytové služby, než domácí péče?

Myslím si, že v pobytové službě je klient ve společnosti a věnují se mu profesionální pečovatelé, je to služba 24 hodin denně a velice náročná jak psychicky, tak fyzicky. Mnohdy k nám přicházejí rodiny a jsou vyčerpaní z péče. Samozřejmě, že pokud je možnost aby byl klient v domácí péči je to výhodou. Senior je ve svém prostředí, které zná, ale mnohdy nemůžou rodinní příslušníci zůstat doma jak s finančních důvodů, tak z jiných a proto existují stacionáře anebo pobytová centra, kde se postarají o seniora, tak aby mu bylo dobře.

8) Jaké vnímáte výhody centra Seňorina?

Myslím si, že výhodou je, že tu máme denní stacionář, do kterého přicházejí klienti v průběhu dne a na konci odcházejí. Přes den tu mají možnost využít různých aktivit a činností. Další výhodou je, že máme i terénní pečovatelky, které jezdí ke klientům přímo domu.

9) Co byste doporučovala pečujícím, kteří pečují o seniora s demencí v domácí péči?

Podle mého bych doporučovala asi trpělivost a vstřícnost k seniorům s demencí. Je to náročná péče, ale má i voje pozitivita. Během péče se upevňují rodinné vztahy a vazby a je to krásné, když v dnešní době se ještě někdo stará o své rodiče. Pokud to ovšem nejde z jakéhokoliv důvodu, pak jsme tady my a naše péče. Ta jim může pomoci a ulehčit každodenní péči.

10.2 Rozhovor s pečovatelkou Irenou

Pečovatelka Irena je terénní pracovníce v přímé péči a jezdí ke klientům přímo do domácího prostředí. V centru Seňorina pracuje rok a práce v terénu jí velice baví. Dříve taky pracovala jako pečovatelka v jiném zařízení a jak ona sama říká, bere to spíše jako poslání, než zaměstnání.

1) Ireno, proč jste si vybrala práci v terénu?

Práce v terénu je pro mě velice zajímavá. Sama jsem velice akční člověka a to patří i do mé práce. Jezdím po domácnostech klientů a pomáhám jim při běžných denních činnostech. Tato práce je velice zajímavá a přicházíte přímo do rodiny klienta. Zde pak vidíte vzájemné vztahy. Je krásné když vidíte, že manželé po 65 letech vedle sedle sebe sedí a stále se drží za ruku, to je pro život motivující.

2) To máte pravdu, s čím konkrétně pomáháte seniorům v domácí péči?

V domácím prostředí pomáhám seniorům s péčí o hygienu, dopomáhám s jídlem, cvičím a rehabilituji, trénuji paměť, chodím s nimi na procházky, masíruju atd. Záleží, co klient požaduje a chce.

3) Jak Vás přijme rodina, když přijdete do jejich domácího prostředí?

Ještě se mi nestalo, že by rodina byla na mně nepříjemná či mě nepřijala dobře, ba naopak vždy se těší, až přijdu a společně si povídáme a máme spolu přátelské vztahy nejenom s klientem ale i s rodinou.

4) Jak často jezdíte ke klientům a na jak dlouho?

Záleží na domluvě, jezdím celý týden i o víkendech. Časově to záleží na potřebě klienta, může to být na hodinu, ale i na čtyři.

5) Jak se dopravujete ke klientům?

Já osobně jezdím automobilem, ale po Praze lze i bez auta. Jsou i pečovatelky, které jezdí MHD a také to jde. Centrum Seňorina vždy doplácí půl hodiny na cestu, což je příjemné.

6) V čem vidíte plus terénní péče?

Asi nejvíce v tom, že senior je ve svém prostředí, kde se cítí nejlépe a to je důležité. Je v okolí své rodiny a to také přispívá k dobrému psychickému stavu seniora. Rodina je vždy vděčná, že si může odpočinout a věnovat se chvíli sobě.

7) Co Vás motivuje při práci se seniory s demencí?

Nejvíce mě právě motivuje to, když vidím, jak se mají v seniorském věku lidi pořád ještě rádi. Často mi klienti vypráví, jak se poznaly, co společně prožili. Když vidím jak se manželka či manžel, kteří taky na tom nejsou zdravotně dobře o sebe starají a mají o sebe zájem to je velice inspirující. Bohužel, to taky není vždy tak a je případ kdy jsem jezdila k nejmenované pani a ta žila úplně sama. Její děti o ní neměly vůbec zájem a ona sama se o sebe musela postarat a neměla tolik peněz, aby k ní pečovatelka jezdila každý den. To byl spíše smutný případ, ale musím říci, že těch veselejších je více.

8) Stalo se Vám, že vás klient nepoznal, když jste přijela k němu domu?

Ano to se mi stalo, jezdila jsem k pánovi a ten mi říkal pořád Evičko, ptal se na rodiče atd. Prostě si představoval, že jsem úplně někdo jiný a vyhovovalo mu to. Tak jsme se s manželkou domluvili, že pokud mi to nebude vadit, bude mi pán říkat Evičko. Mně to nevadilo a pán byl spokojený.

9) Nepřemýšlela jste někdy nad tím, že je tato práce náročná a nechtěla jste dělat něco jiného?

Abych Vám pravdu řekla tak nikdy. Jako pečovatelka pracuji 14 let a jsem spokojená. Dříve jsem dělala pečovatelku v jiném zařízení a také jsem byla spokojená. Podle mého názoru člověk musí mít na to vloh, empatii a sociální citění. Je to spíše takové poslání, než zaměstnání a mě to i po těch letech velice naplňuje.

10) To je krásné, máte pravdu. Co radíte pečujícím v domácím prostředí, když jsou už vyčerpáni z péče o seniora?

Nejvíce se mě ptají, kde беру tu energii a já říkám. Odpočívám, chodím do přírody, poslouchám muziku a prostě vypnu. To samé radím i pečujícím. Jděte ven, za přáteli, rodinou a já se o vaše blízké postarám. Často jsme také tak domluveni, a když přijdu, tak pečující jde a odchází si odpočinout ven, nebo mají svůj program. Později přijdou odpočatí a s novou energií. Pokud chtějí si odpočinout na delší dobu. Je vhodný denní stacionář či pobytové centrum.

10.3 Rozhovor se sociální pracovnící Bc. Veronikou Matysovou.

Sociální pracovnice Veronika Matysová vystudovala střední zdravotnickou školu a poté vystudovala na Husitské teologické fakultě obor sociální a charitativní práce. Je to velice empatická a zkušená pracovnice. Zároveň pracuje jako pečovatelka v přímé péči. Vede a řídí kolektiv. Je velice spolehlivá a pracovitá.

1) Veroniko, proč jste zvolila právě sociální práci v oblasti, kde je problematika seniorů s demencí?

Tato práce mě velice nadchla a já sama chtěla pracovat se seniory. Proto jsem zvolila práci sociální pracovnice v této oblasti. Práce se seniory obzvláště s demencí je velice různorodá a to je na tom to zajímavé. Je každému klientovi, přistupuji individuálně a s ohledem na jeho potřeby.

2) Co Vás nejvíce baví na práci se seniory?

Nejvíce mě baví to, když vidím, jak jsou spokojený a šťastný. Zde v centru Seňorina dbáme na individualitu a klienty do žádných aktivit nenutíme. Vždy když chodím na sociální šetření do rodin, vidím jak jsou rodiny unavené z péče o seniora a potom, když je klient u nás vidím tu změnu. Je v kolektivu a zde podporujeme jeho jako osobnost a jeho dosavadní funkce, které jsou zachovány.

3) Jako sociální pracovnice vedete tým pečovatelek, podle čeho vybíráte vhodné k této práci?

Vybíráme hlavně podle toho, jestli mají kladný a dobrý vztah k seniorům. Zvláště senioři s demencí potřebují kolem sebe lidi, kteří jsou empatičtí a vlídní. Dalším plus je pokud mají praxi už z přechodního zaměstnání a hlavně chuť pracovat s touto problematikou.

4) Centrum Seňorina nabízí různé druhy sociální pomoci a poradenství. Co vnímáte za největší plus v centru?

Ano, centru Seňorina má jak pobytovou, tak terénní sociální službu a také denní stacionář. Těžko říci, co je největší plus. Každý klient či rodinný příslušník si vybere, co mu nejvíce vyhovuje. Zda pečovatelka přímo domu, nebo denní stacionář či pobytová služba. Zatím největší novinkou, kterou máme je Alzheimer Café. Je to setkání, vždy s nějakým odborníkem v oblasti demence, který pohovoří o této problematice. Probíhá každé první úterý v měsíci

v centru. Cílem tohoto setkání je získat informace a poskytnout podporu lidem, kteří pečují o seniory s demencí.

5) Jaké služby využívají klienti nejvíce?

Nejvíce využívají pobytovou službu. Je to služba, kdy se o seniora postaráme 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Je to služba, kdy si pečující mají možnost odpočinout a věnovat se sami sobě. O seniora se postaráme a poskytneme mu péči, jakou potřebuje. Naše pečovatelky vymýšlejí různé aktivity a programy, které se přizpůsobí jejich nemoci. Dále je také využívána terénní služba, která napomáhá seniorům přímo u něho doma.

6) Jak inspirujete a podporujete pečovatelky v jejich aktivitách a vzdělání?

Centrum Seňorina realizuje semináře, které se zabývají právě problematikou demence. Naše pečovatelky se jich účastní a to jim pomáhá při práci, zde se inspirují novými trendy v péči. Nabízíme kurzy jak správně komunikovat se seniorem s demencí, obecná lidská spiritualita v péči o seniory, montessori principy v péči o seniory. Tyto kurzy nejsou jenom pro naše pečovatelky, ale i pro veřejnost či jiné pečující.

7) Jak se vyrovnáváte s psychickou zátěží, která je v péči o seniory s demencí zřejmá?

Chodím ráda do přírody na procházky se svojí rodinou, dál se vzdělávám a také poslouchám hudbu a čtu. Člověk si potřebuje odpočinout a nabrat novou sílu na péči. Tato práce je sice psychicky, ale také fyzicky velice náročná, ale stojí za to! Když vidíte spokojené tváře seniorů a přijdou Vám děkovné dopisy od jejich rodin, tak víte, že to má smysl!

10. Závěr

Stáří je období velkých změn a to nejen fyzických ale také psychických. Společnost stárne a to je fakt, který nelze změnit. Pokud člověka potká v životě problematika demence a vše s ní spojené jen těžko člověk ví jak se v této situaci chovat k nemocnému, jak s ním komunikovat tak aby byla zachována jeho důstojnost. Tyto problémy právě s problematikou s demencí spojené, jsem se snažila zmapovat ve své bakalářské práci. Také jsem se zaměřila na diagnostiku, příčiny a možnosti jak tuto situaci řešit.

V praktické části jsem se zaměřila na kazuistiky a popisovali klienti jak v pobytové, tak v domácím prostředí. Jelikož mám vlastní zkušenosti a sama pracuji jako pečovatelka se seniory s demencí, tak vím, že pokud to seniorům stav dovolí je lepší, aby setrval ve svém domácím prostředí. Senior tak má možnost, žít v místě, které dobře zná a je mu blízké. Je třeba zdůraznit, že soužití s klientem s demencí není jednoduché, ale dá se zvládnout a to zejména v dnešní době, kdy státní i soukromá zařízení poskytují podporu pečujícím o dementní pacienty. V případě, že to jeho stav nedovoluje ani není, kdo by se postaral, jsou různé řešení a organizace, které se touto problematikou zabývají.

Dalším problémem je pasivní trávení volného času u seniorů. Jedním ze základních nástrojů, která by měla ovlivnit klienta je aktivizace. Pomocí aktivizace si klienti s demencí nejenom procvičují paměť, ale také se zachovávají činnosti, které ještě umí a při aktivizaci mají pocit, že jsou ještě důležité a potřební. Právě psychická pohoda u klientů s demencí je to nejdůležitější, cítit se dobře a být spokojený. Vždy pracujeme s tím, co klient má zachované a snažíme se ho podporovat a pomáhat mu při běžných denních činnostech.

V závěru lze říci, že proces stárnutí čeká každého z nás. Je na nás samotných, abychom se na seniorská léta včas a dobře připravili. Je také velice důležité, si co nejdéle udržet dobré zdraví, protože je ve stáří prioritou, od které se odvíjejí její možnosti, schopnosti, soběstačnost, spokojenost i smysluplnost života. Je také důležitá rodina a přátelé, které kolem sebe máme, vytvářet si nové koníčky a zájmy.

Jedním z hlavních úkolů dnešní společnosti by tak mělo být pozitivní ovlivňování obrazu stáří. Na období tzv. seniorského věku je třeba se cíleně připravovat a tato příprava by měla být součástí výchovy již od mládí. A to nejen z důvodu vytváření kladného vztahu mladší generace k té starší, ale i proto, že všichni jednou zestárneme.

11. Seznam použité literatury

- BUIJSSEN H.: *Demence*. Praha: Portál 2006. ISBN 80 – 7367 – 081 – X
- DVOŘÁČKOVÁ, D. *Sociální práce/ Sociálna práca*. 2010, č. 2. ISSN 1213-2330.
- HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K., *Vybrané kapitoly z gerontologie*. ČSLA 2003, 2. doplněné vydání, 88 s. ISBN 80-86541-12-6
- HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K., *Vybrané kapitoly z gerontologie*. GEMA 2002. 110 s. Studijní materiál v rámci projektu Péče 2002 za podpory MZČR
- JIRÁK, R. BORZOVÁ, C. KONRÁD, J. a kol.: *Demence a jiné poruchy paměti. Komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada 2009. ISBN 978 – 80 – 247 – 2454 – 6
- JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVA, C. a kol.: *Demence a jiné poruchy. Komunikace a každodenní péče*. Grada Publishing, a. s. Praha 2009. 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.
- KALVACH, Z., ZADÁK Z., JIRÁK R., ZAVÁZALOVÁ H. SUCHARDA P. a kol.: *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing 2004. ISBN 80 – 247 – 0548 – 6
- KOZAKOVA, Z., MULLER, O. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. 51 s. ISBN 80-244-1552-6.
- KALVACH, Z., ZADÁK Z., JIRÁK R., ZAVÁZALOVÁ H. SUCHARDA P. a kol.: *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing 2004. ISBN 80 – 247 – 0548 – 6
- MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011, 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MLÝNKOVÁ Jana. *Péče o staré občany*. Praha: Grada, 2011, s. 192. ISBN : 978-80-247-3872-7
- MÜHLPACHR, P., *Sociální práce*. Brno: MU 2004. 100s. ISBN 80-85765-62-4
- MÜHLPACHR, P. *Sociální práce jako životní pomoc*. Brno: Masarykova univerzita, 2006. ISBN 80-86633-62-4.
- MÜLLER, O., *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: Univerzita Palackého 2005. 300 s. ISBN 80-244-1075-3
- PAPEŽOVÁ, E. *Sociální práce/ Sociálna práca*. 2010, č.2 ISSN 1213-6204

- PIDRMAN V. *Demence*. Praha: Grada Publishing a.s, 2007. 183s. ISBN 978-80-247-1490-5
- ZGOLA, M., J.: *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Grada Publishing. Praha, 2003. 226 s. ISBN 80-247-0183-9.

Časopisy

Friedlová, K. *Koncept bazální stimulace. Rezidenční péče*. Odborný čtvrtletník pro management ústavů sociální péče. Praha: Marcom spol. s.r.o., 2008/ č.2 str.18-19

Internetové zdroje

www.alzheimer.cz/cals/socialni-sluzby-cals/respitni-pece/

www.zivot90.cz/kdo-jsme

www.centrum-seniorina.cz

Summary

My bachelor thesis focuses on seniors with dementia and its problems. Describes its types, symptoms, diagnosis and also deals with the care of a senior with dementia. In the care of the elderly, there are many opportunities to care for seniors today. Carers choose whether they prefer to outpatient care or day care or stay. Home care is a senior in his or her environment, but care for him is very physically and mentally challenging. If family members can not take care of senior citizens, it is appropriate to use the social welfare service. It also deals with activities for seniors that help in training memory and preserve their existing features and capabilities.

In the practical part I prepared case studies of clients both in home care and in the seniorin residence center. In the end, I made interviews with staff in the center.